



*Τ.Ε.Ι Ηπείρου
Σχολή Υγείας και Πρόνοιας
Τμήμα Λογοθεραπείας*

“Διαταραχές επικοινωνίας και κατάποσης σε άτομα μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο”

Φοιτήτρια: Δάρδα Ελένη

Επιβλέπων Καθηγητής: Νάσιος Γρηγόριος

18

“Post Stroke Communication and Swallowing Disorders”

Περιεχόμενα

Πίνακας εικόνων	3
Εισαγωγή	7
Κεφάλαιο 1 ^ο Εγκέφαλος	10
1.1 Ανατομικά στοιχεία Εγκεφάλου	10
1.2 Νεύρα του εγκεφάλου	14
1.3 Η αιμάτωση του εγκεφάλου	16
Κεφάλαιο 2 ^ο Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια	17
2.1 Αποσαφήνιση του όρου –εγκεφαλικό επεισόδιο	17
2.2 Επιδημιολογία των εγκεφαλικών επεισοδίων	18
2.3 Ισχαιμικά Εγκεφαλικά Έμφρακτα-Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου	19
2.3.1 Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου	19
2.3.2 Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου	20
2.4 Συνέπειες Εγκεφαλικού Εμφράκτου	21
Κεφάλαιο 3 ^ο Διαταραχές Κατάποσης μετά από Εγκεφαλικό	21
3.1 Φυσιολογική Κατάποση	22
3.1.1 Παθολογική Κατάποση	23
3.2 Στάδια κατάποσης	23
3.3 Εισρόφηση-Εισχώρηση	24
3.4 Αξιολόγηση παρά την Κλίνη	25
3.5 Συνέπειες των διαταραχών κατάποσης	27
3.6 Αντιμετώπιση της δυσφαγίας	28
3.7 Θεραπευτική Αποκατάσταση των διαταραχών κατάποσης	28
Κεφάλαιο 4 ^ο Διαταραχές επικοινωνίας μετά από εγκεφαλικό	29
4.1 Αφασία	30
4.2.1 Ρέουσες Αφασίες	31
4.2.2 Μη Ρέουσες Αφασίες	31
4.3 Διάγνωση της Αφασίας	31
4.4 Διαγνωστικά Κριτήρια	32
4.5 Στόχος Θεραπείας της Αφασίας	33
Κεφάλαιο 5 ^ο Δυσαρθρία	34

5.1 Είδη Δυσαρθρίας.....	35
5.2 Διαγνωστικά Κριτήρια Δυσαρθρίας	36
Βασικά Διαγνωστικά κριτήρια.....	37
5.3 Στόχος Θεραπείας Δυσαρθρίας.....	37
Κεφάλαιο 6 ^ο Απραξία της ομιλίας	38
6.1 Διαγνωστικά κριτήρια της Απραξίας.....	40
Βασικά Διαγνωστικά Κριτήρια.....	40
6.2 Διαφορική διάγνωση Απραξίας-Αφασίας.....	40
6.3 Διαφορική διάγνωση Απραξίας-Δυσαρθρίας	42
6.4 Θεραπευτική Αντιμετώπιση της Απραξίας.....	44
Κεφάλαιο 7 ^ο Οργάνωση θεραπευτικής παρέμβασης	44
7.1 Θεραπευτικές τεχνικές παρέμβασης Αφασίας.....	48
7.2 Θεραπευτικές τεχνικές παρέμβασης Δυσαρθρίας.....	50
7.3 Θεραπευτικές τεχνικές παρέμβασης απραξίας της ομιλίας	52
7.4 Θεραπευτικές τεχνικές παρέμβασης δυσφαγίας	53
Κεφάλαιο 8 ^ο Παρουσίαση περιστατικού	57
Ιστορικό ασθενούς	57
Συμπέρασμα.....	65
Βιβλιογραφία	66

Πίνακας εικόνων

Εικόνα 1 Ανατομία εγκεφαλου	12
Εικόνα 2 Ανατομία εγκεφαλου	14
Εικόνα 3 Αιμάτωση εγκεφαλου	17
Εικόνα 4 Εισρόφηση.....	25
Εικόνα 5 Πλευρική αντίσταση γλώσσας μπροστά.....	56
Εικόνα 6 Κράτημα γλωσσοπίεστρου ανάμεσα στα χείλη	56

©Δάρδα Ελένη,2018

Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος.All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Ευχαριστίες

Για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου κ. Νάσιο για την καθοδήγηση που μου έδωσε, το εργαστήριο λογοθεραπείας "Κύκλος" και το κέντρο αποκατάστασης Euromedica-Αρωγή για τις συνεδρίες τις οποίες παρακολούθησα.

Εισαγωγή

Η λογοθεραπεία είναι μία επιστήμη που ασχολείται με την βελτίωση του λόγου-επικοινωνίας και της κατάποσης ενός ατόμου είτε το έλλειμμα του είναι αναπτυξιακό είτε επίκτητο. Η παρούσα εργασία μελετά τα ελλείμματα που προκύπτουν τόσο στην επικοινωνία όσο και στην κατάποση μετά από κάποιο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι λειτουργίες αυτές, όπως και όλες του ανθρώπινου οργανισμού είναι αποτέλεσμα εντολών του εγκεφάλου προς τα αντίστοιχα υπεύθυνα τμήματα ώστε να παραχθεί μια εκούσια ή ακούσια κίνηση. Όπως είναι κατανοητό μία βλάβη στον εγκέφαλο μπορεί να προκαλέσει πολύ σημαντικά ελλείμματα και δυσκολίες στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Η λογοθεραπεία σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες και ανάλογα με τη σοβαρότητα της κάθε κατάστασης, μπορεί να βελτιώσει σε μεγάλο ποσοστό τις δυσκολίες αυτές ακόμη και να εξαλειφθούν

Λέξεις κλειδιά

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, Δυσφαγία, Αφασία, Απραξία, Δυσαρθρία

Introduction

Speech-therapy is a science that deals with the improvement of speech-communication and ingestion of an individual, whether its deficit is developmental or acquired. This paper studies the deficits that arise in both communication and swallowing after a stroke. These functions, like all of the human body, are the result of brain commands to the respective responsible departments to produce a voluntary or unintentional move. It is understood that damage to the brain can cause very significant deficits and difficulties in the daily life of the individual. Speech-therapy combined with other therapies and depending on the severity of each condition can greatly improve these difficulties and even eliminate them.

Key-words

Stroke, aphasia, dysarthria, dysphagia, apraxia of speech

Πρόλογος

Η ομιλία είναι μία από τις πιο πολύπλοκες δραστηριότητες, που ρυθμίζεται από το νευρικό σύστημα και αφορά τη συντονισμένη σύσπαση ενός μεγάλου αριθμού μυών για την παραγωγή της. Η σύσπαση των μυών του μηχανισμού ομιλίας ελέγχεται από νευρικές ώσεις, που πηγάζουν από τον εγκεφαλικό φλοιό του εγκεφάλου και, έπειτα, περνά στους μυς, μέσω των κινητικών οδών, τα οποία διατρέχουν το κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα. Συνολικά, ο έλεγχος της μυϊκής δραστηριότητας, συμπεριλαμβανομένων των μυών του μηχανισμού της παραγωγής ομιλίας, μπορεί να θεωρηθεί ως μια σειρά επιπέδων λειτουργικής δραστηριότητας, που αφορούν το νευρικό σύστημα.

Οι περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την έναρξη της εκούσιας μυϊκής δραστηριότητας και ονομάζονται κινητικές περιοχές, αποτελούν το υψηλότερο επίπεδο μυϊκού ελέγχου. Αυτές οι περιοχές μπορούν να επικρατούν στους κατώτερους κινητικούς νευρώνες, που πηγάζουν από τη βάση του εγκεφάλου και του ωτιαίου μυελού, μέσω είτε άμεσων είτε έμμεσων οδών. Οι νευρώνες, που σχηματίζουν τα άμεσα και τα έμμεσα μονοπάτια, διατρέχουν το κεντρικό νευρικό σύστημα και αναφέρονται, συλλογικά, ως ανώτεροι κινητικοί νευρώνες. Ο συντονισμός της μυϊκής σύσπασης είναι μία λειτουργία της παρεγκεφαλίδας. Βλάβη στο νευρικό σύστημα, η οποία προκαλεί διατάραξη σε οποιοδήποτε επίπεδο του κινητικού συστήματος, που αφορά τη ρύθμιση του μηχανισμού ομιλίας μπορεί να οδηγήσει σε μία διαταραχή στην παραγωγή ομιλίας. Ο τύπος της νευρογενούς διαταραχής ομιλίας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το σημείο που εντοπίζεται η βλάβη στο νευρομυϊκό σύστημα. Παράλληλα τα νεύρα και οι περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με την παραγωγή ομιλίας είναι υπεύθυνα και για την διαδικασία κατάποσης. Αυτό σημαίνει πως σε μία βλάβη του εγκεφάλου που προκαλεί κάποια διαταραχή επικοινωνίας είναι πολύ πιθανό, να προκαλείται ταυτόχρονα και δυσφαγία. Η δυσφαγία. Δυσκολία στην κατάποση προέρχεται από το *δυσ+φάγει* "να φάω" και ορίζεται ως η δυσκολία της μετακίνησης της τροφής από το στόμα στο στομάχι. Συνήθως σχετίζεται με μία ποικιλία νευρολογικών, νευρο-κινητικών, συστημικών, ανοσολογικών αναπτυξιακών και ιατρογενών καταστάσεων καθώς και λοιμωδών διεργασιών, χειρουργικών αλλαγών και τραυματισμού. Αυτό σημαίνει πως μπορεί να παρουσιαστεί τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες.

Κεφάλαιο 1^ο Εγκέφαλος

Ο εγκέφαλος είναι το σημαντικότερο όργανο του ανθρώπινου σώματος καθώς μέσω αυτού εκτελούνται όλες οι λειτουργίες του οργανισμού μας. Τα νεύρα, που είναι εκατοντάδες ή και χιλιάδες νευράξονες αισθητικών και κινητικών νευρώνων, είτε οδεύουν προς, είτε προέρχονται από τον εγκέφαλο, συναντώνται στον νωτιαίο μυελό και προστατεύονται από την οστεώδη σπονδυλική στήλη. Σημαντικό σημείο του εγκεφάλου είναι **το στέλεχος** στο οποίο και γίνεται ο χιασμός των κυριότερων νευρικών οδών που οδεύουν προς και έρχονται από τα ημισφαίρια με αποτέλεσμα την αμφίπλευρη αντιστοιχία. Αυτό πρακτικά σημαίνει τον διαχωρισμό των λειτουργιών για τις οποίες είναι υπεύθυνο το κάθε ημισφαίριο. Έχει αποδειχθεί πως το αριστερό είναι υπεύθυνο για το λόγο (παραγωγή-κατανόηση) ενώ το δεξί είναι υπεύθυνο για την κατανόηση και αντίληψη συναισθημάτων καθώς και το μεταφορικό λόγο και τα προσωδιακά στοιχεία. Αυτός ο διαχωρισμός μας κάνει να καταλαβαίνουμε τα ελλείμματα που μπορεί να δημιουργηθούν στη επικοινωνία ενός ατόμου μετά από κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο. (Mtui n.d.)

1.1 Ανατομικά στοιχεία Εγκεφάλου

Ο εγκέφαλος υποδιαιρείται σε έξι περιοχές κάθε μία από αυτές περιλαμβάνει αρκετές υποδιαιρέσεις ανατομικώς και λειτουργικώς διακριτές. Οι έξι αυτές περιοχές είναι: ο προμήκης μυελός, η γέφυρα, η παρεγκεφαλίδα, ο μεσεγκέφαλος, ο διεγκέφαλος και τα εγκεφαλικά ημισφαίρια. Οι υποδιαιρέσεις αυτές αφορούν και τα δύο ημιμόρια του εγκεφάλου (δεξί, αριστερό), μπορεί όμως να διαφέρουν ως προς το μέγεθος ή το σχήμα τους. (McFarland n.d.)

Προμήκης μυελός

είναι το μέρος του εγκεφάλου που σχηματίζεται από τη διεύρυνση του νωτιαίου μυελού μετά την είσοδο του στην κρανιακή κοιλότητα. Αποτελείται κυρίως από λευκή ουσία (αισθητικές και κινητικές οδοί). Περιέχει επίσης ομάδες νευρώνων που σχηματίζουν μερικούς από τους πρώτους (διάμεσους) πυρήνες-σταθμούς των αισθήσεων της γεύσης, της ακοής και της διατήρησης της ισορροπίας, καθώς και του ελέγχου των μυών του τραχήλου και του προσώπου

Γέφυρα

Η γέφυρα βρίσκεται ακριβώς πάνω από τον προμήκη μυελό. Περιέχει οριζόντιες και κάθετες ίνες. Οι οριζόντιες ίνες βρίσκονται στην πρόσθια επιφάνεια της γέφυρας και σχηματίζουν τα παρεγκεφαλιδικά σκέλη, τα οποία συνδέουν το εγκεφαλικό στέλεχος με τη παρεγκεφαλίδα. Οι κάθετες ίνες του μετεγκεφάλου (γέφυρα και παρεγκεφαλίδα) συγχέονται με τις επιμήκεις ίνες του μυελεγκέφαλου (προμήκης μυελός) και μεταφέρουν αισθητικές και κινητικές πληροφορίες. Η γέφυρα περιέχει τους κινητικούς πυρήνες δύο κρανιακών νεύρων, του τριδύμου νεύρου (V) και του προσωπικού νεύρου που είναι σημαντικά για την ομιλία και την κατάποση

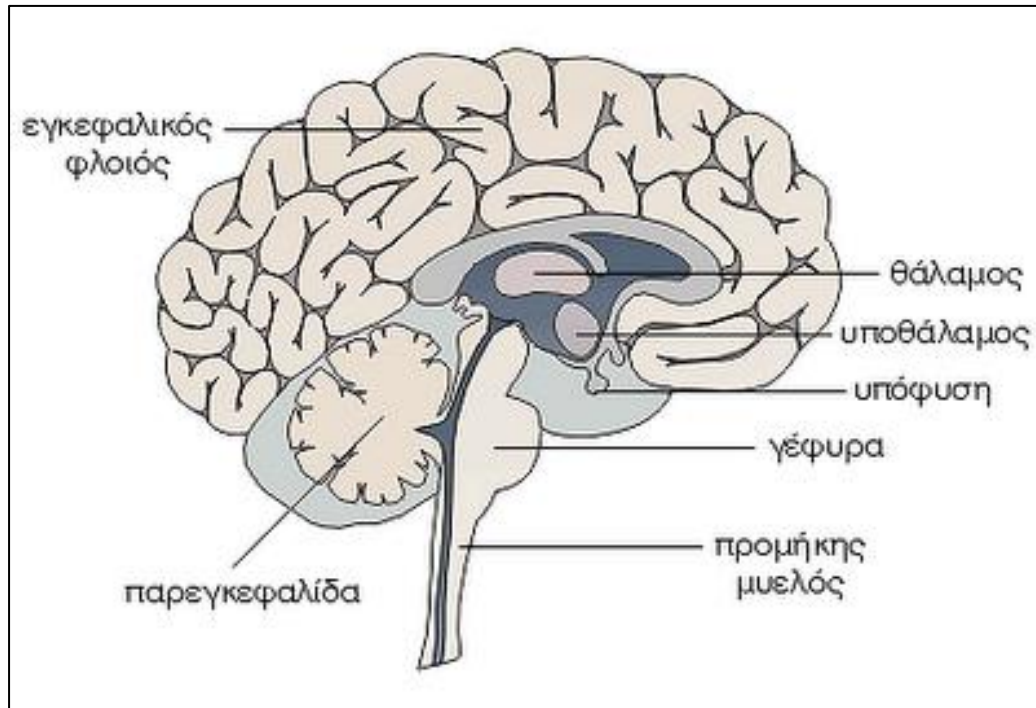
Παρεγκεφαλίδα

Βρίσκεται στο πίσω μέρος της γέφυρας και του μυελού και κάτω από τον ινιακό λοβό, τον οποίο επικαλύπτει μερικώς. Συνδέεται με το εγκεφαλικό στέλεχος μέσω τριών ζευγών παρεγκεφαλιδικών σκελών: κάτω, μέσο, και άνω σκέλος. Η εξωτερική στοιβάδα της παρεγκεφαλίδας σχηματίζει τον παρεγκεφαλιδικό φλοιό, ο οποίος αποτελείται από φαιά ουσία. Ο εσωτερικός πυρήνας της παρεγκεφαλίδας αποτελείται από λευκή ουσία και πολλούς εν τω βάθει πυρήνες. **Συμβάλλει στο συγχρονισμό των κινήσεων και παίζει ουσιαστικό ρόλο στην εκμάθηση των κινητικών δεξιοτήτων. Καθορίζει το μυϊκό πόνο. Ζημιά στην παρεγκεφαλίδα διαταράσσει την ομαλή κίνηση των μελών του σώματος με αποτέλεσμα σπαστικές μεταξύ τους κινήσεις.**

Μεσεγκέφαλος

Είναι το μικρότερο τμήμα του εγκεφαλικού στελέχους και βρίσκεται ακριβώς πάνω από τη γέφυρα. Περιέχει ορισμένους πυρήνες, συμπεριλαμβανομένης της μέλαινας ουσίας (τμήμα των βασικών γαγγλίων) και του κάτω και άνω διδυμίου, που αναφέρονται από κοινού ως τετράδυμο πέταλο. Το κάτω διδύμιο αποτελείται από σημαντικούς πυρήνες της κεντρικής ακουστικής οδού ενώ το άνω διδύμιο από πυρήνες της κεντρικής οπτικής οδού. Ίνες της φλοιονωτιαίας, της φλοιοπρομηκικής και της φλοιογεφυρικής δεσμίδας διέρχονται από το μεσεκέφαλο. Η βάση του μεσεγκεφάλου περιλαμβάνει τα άνω παρεγκεφαλιδικά σκέλη. **Η μέλαινα ουσία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της κινητικής δραστηριότητας,**

κυρίως στην έναρξη και την τερματισμό των κινήσεων. Στο μεσεγκέφαλο βρίσκονται οι πυρήνες αρκετών κρανιακών νεύρων. Το κάτω διδύμιο αποτελείται από σημαντικούς πυρήνες μετάδοσης και επεξεργασίας ακουστικών πληροφοριών.



ΕΙΚΟΝΑ 1 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ (NEUROONCOLOGY.GR N.D.)

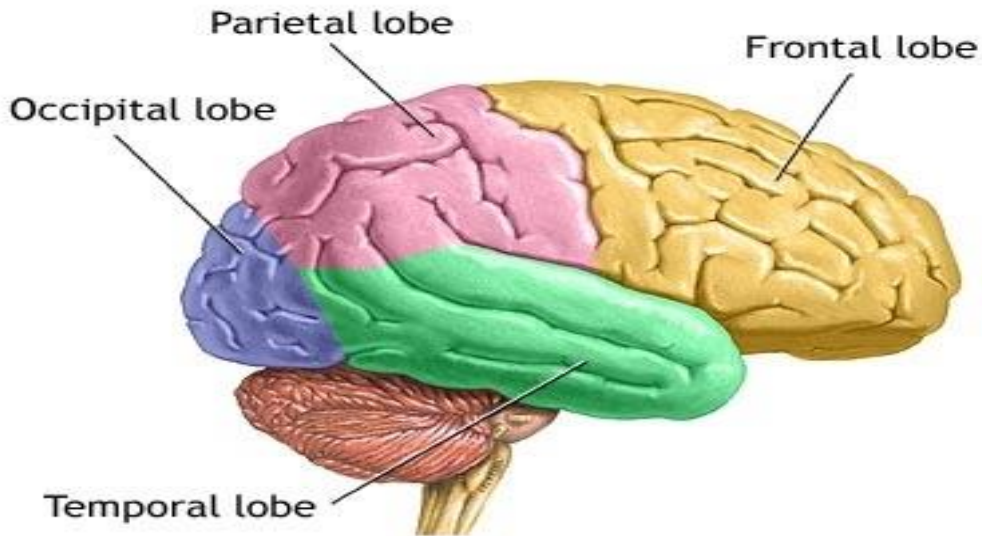
Διεγκέφαλος

Βρίσκεται εν τω βάθει και σχεδόν πλήρως περικυκλωμένος από τα εγκεφαλικά ημισφαίρια . Περιλαμβάνει τις ακόλουθες δομές: (1)θάλαμος, (2)υποθάλαμος, (3)επιθάλαμος και (4)υποθαλάμια χώρα. Ο θάλαμος αποτελεί ουσιαστικό σύνδεσμο κατά τη μεταφορά αισθητικών πληροφοριών (εκτός των οσφρητικών) από τους περιφερικούς υποδοχείς στις περιοχές επεξεργασίας των αισθητικών ώσεων στα εγκεφαλικά ημισφαίρια. Ο θάλαμος συμμετέχει στην ολοκλήρωση των κινητικών πληροφοριών από την παρεγκεφαλίδα και τα βασικά γάγγλια και μεταφέρει τις πληροφορίες αυτές σε περιοχές των εγκεφαλικών ημισφαιρίων που σχετίζονται με την κινητικότητα. Επιπλέον, έχει αμοιβαίες συνδέσεις με το φλοιό και λαμβάνει και

αισθητικές πληροφορίες. Ο διεγκέφαλος έχει επίσης περιοχές οι οποίες επηρεάζουν τα επίπεδα προσοχής και συνείδησης. (McFarland n.d.)

Εγκεφαλικά ημισφαίρια

Καλύπτονται στην εξωτερική τους επιφάνεια από το φλοιό πάχους περίπου 3mm, ο οποίος αποτελείται κυρίως από τη φαιά ουσία (σε γκρι χρώμα). Είναι η μεγαλύτερη σε έκταση του ανθρώπινου εγκεφάλου. Τα εγκεφαλικά ημισφαίρια διακρίνονται σε τέσσερις διαφορετικούς λοβούς, από τον μετωπιαίο, το βρεγματικό, κροταφικό και ινιακό. Οι λοβοί οριοθετούνται με βάση τις αύλακες που υπάρχουν. Έτσι έχουμε το μετωπιαίο που βρίσκεται μπροστά από την κεντρική σχισμή και πίσω από την πλάγια σχισμή. Ο Βρεγματικός, βρίσκεται πίσω από την κεντρική σχισμή, το οπίσθιο όριο του είναι μία νοητή επέκταση στην πλάγια επιφάνεια την βρεγματοϊνιακής αύλακας. Το κατώτερο όριο του είναι η οπίσθια επέκταση της σχισμής του Sylvius. Ο ινιακός τοποθετείται πίσω από το οπίσθιο όριο του βρεγματικού λοβού, το οποίο αποτελεί μια επέκταση της βρεγματοϊνιακής αύλακας. Τέλος, ο κροταφικός βρίσκεται στο κάτω μέρος του μετωπιαίου και του βρεγματικού λοβού και μπροστά από τον ινιακό. Φυσικά, εκτός από τους λοβούς ο εγκέφαλος αποτελείται από πλήθος νευρών. Αποτελούνται από το φλοιό, την υποκείμενη λευκή ουσία και τρεις εν τω βάθει δομές: τα βασικά γάγγλια, την αμυγδαλή και τον ιπποκάμπιο σχηματισμό. Τα εγκεφαλικά ημισφαίρια είναι υπεύθυνα για αντιληπτικές, κινητικές και γνωστικές λειτουργίες όπως η μνήμη και το συναίσθημα. Τα δύο ημισφαίρια συνδέονται με το μεσολόβιο, μία ιδιαίτερη ομάδα ινών που συνδέει τις συμμετρικές περιοχές των δύο ημισφαιρίων. **Το μεσολόβιο**, το οποίο είναι ορατό στην έμφω επιφάνεια των ημισφαιρίων είναι ο μεγαλύτερος σύνδεσμος. Αυτό που κάνει, το μεσολόβιο, ουσιαστικά είναι να συνδέει όμοιες περιοχές του αριστερού και δεξιού ημισφαιρίου του εγκεφάλου. **Η αμυγδαλή** είναι υπεύθυνη για την κοινωνική συμπεριφορά και την επίδραση του συναισθήματος, **ο ιπποκάμπος** για την μνήμη και **τα βασικά γάγγλια** για τον έλεγχο της λεπτής κινητικότητας. (McFarland n.d.) (Mtui n.d.)



ΕΙΚΟΝΑ 2 ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ (NEUROCENTER.GR N.D.)

1.2 Νεύρα του εγκεφάλου

Τα κρανιακά νεύρα που εκφύονται από τον εγκέφαλο αντιστοιχούν σε **δώδεκα ζεύγη**, διέρχονται μέσω των διάφορων κρανιακών τρημάτων για να νευρώσουν δομές της κεφαλής και του τραχήλου. Ορισμένα εξ αυτών των νεύρων, όπως το πνευμονογαστρικό, νευρώνουν και άλλες δομές εκτός από την κεφαλή και τον τράχηλο, όπως δομές της θωρακικής και κοιλιακής κοιλότητας. Οι κινητικοί νευρώνες των κρανιακών νεύρων (και των νωτιαίων), οι νευράξονες τους και οι μυϊκές ίνες τις οποίες νευρώνουν σχηματίζουν σημαντικές λειτουργικές μονάδες που ονομάζονται κινητικές μονάδες. Οι κινητικές μονάδες αποτελούν την "τελική κοινή οδό" για τον έλεγχο της κίνησης. Τα νεύρα αριθμούνται με τη χρήση των ρωμαϊκών αριθμών σύμφωνα με τη θέση των πυρήνων τους από το ρυγχαίο έως το ουραίο τμήμα του εγκεφάλου:

I. Οσφρητικό: Διανέμεται στο ρινικό βλεννογόνο. Η λειτουργία του προκαλεί την αίσθηση της όσφρησης. Είναι αμιγές αισθητικό νεύρο.

II. Οπτικό: Διανέμεται στον αμφιβληστροειδή του βολβού. Προκαλεί την όραση. Είναι αμιγές αισθητικό.

III. Κινητικό του οφθαλμού: Διανέμεται στους εξωτερικούς μυς του οφθαλμού, εκτός από τον άνω λοξό και έξω ορθό. Επίσης και στους εσωτερικούς του μυς, ίριδα και ακτινωτό σώμα. Είναι αμιγές κινητικό και προκαλεί: κινήσεις του βολβού, συστολή της κόρης, αύξηση της καμπυλότητας του φακού, που μαζί επιτελούν προσαρμογή της όρασης για τα κοντινά αντικείμενα.

IV. Τροχιλιακό: Διανέμεται στον άνω λοξό μυ του οφθαλμού. Είναι αμιγές κινητικό. Η λειτουργία του προκαλεί κίνηση του βολβού.

V. Τρίδυμο: Είναι μικτό νεύρο. Οι αισθητικές του ίνες διανέμονται στο δέρμα και τους βλεννογόνους της κεφαλής και στα δόντια (οφθαλμικό και άνω γναθικό). Το κάτω γναθικό είναι μικτό νεύρο. Οι κινητικές ίνες διανέμονται στους μασητήρες μυς, οι αισθητικές στην κάτω γνάθο (με τα δόντια της) και στο δέρμα της γενειακής χώρας. Εξυπηρετεί την αισθητικότητα της κεφαλής και του προσώπου και την κινητικότητα των μυών της μάσησης.

VI. Απαγωγό: Διανέμεται στον έξω ορθό μυ του οφθαλμού. Είναι αμιγές κινητικό. Προκαλεί απαγωγή του βολβού.

VII. Προσωπικό: Είναι μικτό νεύρο και περιέχει επίσης μερικές αυτόνομες ίνες. Διανέμεται στους μυς έκφρασης του προσώπου και τους γευστικούς κάλυκες των δύο πρώτων τριτημορίων της γλώσσας. Οι κινητικές ίνες διανέμονται στους υπογνάθιους και υπογλώσσιους σιελογόνους αδένες. Προάγει τη μυϊκή έκφραση του προσώπου, τη γεύση και την έκκριση σιέλου.

VIII. Ακουστικό: Συνένωση δύο νεύρων, του κοχλιακού και του αιθουσαίου. Διανέμεται στους ημικύκλιους σωλήνες και την αίθουσα. Είναι αμιγές αισθητικό. Εξυπηρετεί την ακοή και την ισορροπία.

IX. Γλωσσοφαρυγγικό: Είναι μικτό νεύρο και περιέχει επίσης μερικές αυτόνομες ίνες. Οι κινητικοί του κλάδοι διανέμονται στους μυς του φάρυγγα και την παρωτίδα. Οι αισθητικοί του στο γευστικό λάμδα της γλώσσας και τον καρωτιδικό κόλπο και μεσοκαρωτίδιο αδένα. Εξυπηρετεί τη γεύση και τη λοιπή αισθητικότητα της γλώσσας και ακόμα έκκριση σάλιου, κινήσεις κατάποσης, αντανακλαστικά τόξα για ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και της αναπνοής.

X. Πνευμονογαστρικό: Αποτελείται από κινητικές, αισθητικές και ένα μεγάλο αριθμό παρασυμπαθητικών ινών. Οι αισθητικές ίνες διανέμονται στο βλεννογόνο του λάρυγγα. Οι κινητικές ίνες διανέμονται στους μύς του λάρυγγα, ενώ οι παρασυμπαθητικές στα σπλάγχνα του θώρακα και της κοιλιάς. Η λειτουργία του προκαλεί αισθήσεις και κινήσεις των οργάνων που νευρώνει. π.χ. επιβραδύνει τη λειτουργία της καρδιάς, αυξάνει την πίεση του γαστρεντερικού σωλήνα και τη γαστρική και παγκρεατική έκκριση και συμμετέχει στην παραγωγή της φωνής.

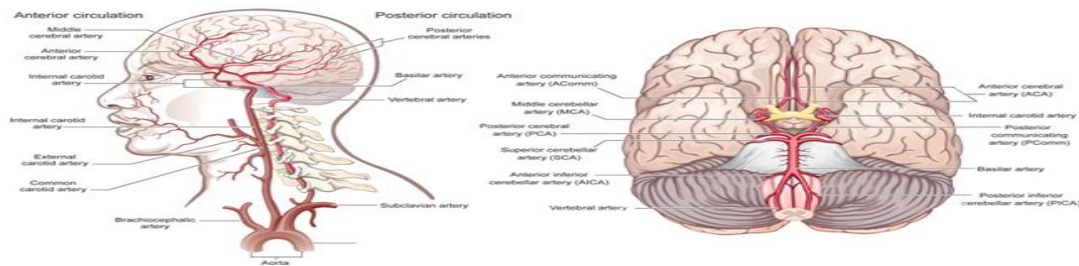
XI. Παραπληρωματικό: Είναι αμιγές κινητικό. Διανέμεται στους μύς του λάρυγγα, το στερνοκλειδομαστοειδή και τον τραπεζοειδή μυ. Προκαλεί κινήσεις ώμου, κεφαλής και παραγωγή φωνής.

XII Υπογλώσσιο: Είναι αμιγές κινητικό. Διανέμεται στους μύς της γλώσσας. Προκαλεί κινήσεις της γλώσσας (McFarland n.d.)

1.3 Η αιμάτωση του εγκεφάλου

Η αιμάτωση του εγκεφάλου προέρχεται από τις δύο **έσω καρωτίδες αρτηρίες** και τη **βασική αρτηρία**. Οι αρτηρίες αυτές αποτελούν κλάδους της **αορτής**. Το δεξί ημισφαίριο του εγκεφάλου τροφοδοτείται με αίμα μέσω του πρώτου κλάδου της αορτής μετά την έξοδό της από την καρδιά, μέσω δηλαδή ενός αρτηριακού στελέχους που διακλαδώνεται άμεσα σχηματίζοντας μια αρτηρία στον βραχίονα του δεξιού άνω άκρου (δεξιά υποκλείδια) και μια στο δεξί ήμισυ της κεφαλής και του λαιμού (δεξιά κοινή καρωτίδα). Η δεξιά κοινή καρωτίδα διχάζεται στο άνω μέρος του λαιμού και χωρίζεται στην δεξιά έσω καρωτίδα, η οποία χωρίς διακλαδώσεις εκτείνεται μέχρι την βάση του κρανίου και τροφοδοτεί με αίμα εν μέρει τον οφθαλμό καθώς και μεγάλα τμήματα του δεξιού εγκεφαλικού ημισφαιρίου και στην δεξιά έξω καρωτίδα, μέσω της οποίας το αίμα φτάνει στις εξωτερικές περιοχές της δεξιάς πλευράς της κεφαλής του λαιμού. Η δεξιά υποκλείδια αρτηρία ευθύνεται κυρίως για την αιμάτωση στη δεξιά ωμοπλάτη και στον δεξιό βραχίονα, μέσω όμως ενός κλάδου στην αρχή της πορείας της-την δεξιά σπονδυλική αρτηρία-τροφοδοτεί και τμήματα του δεξιού ημισφαιρίου του εγκεφάλου. Η σπονδυλική αρτηρία περνώντας μέσα από πλαγιοπλευρικά μικρά ανοίγματα τη σπονδυλική στήλη-διόδους προς τη βάση του κρανίου (τρήματα)-εισέρχεται στο εσωτερικό του κρανίου. Η αιμάτωση του αριστερού ημισφαιρίου του εγκεφάλου επιτελείται μέσω του δευτέρου και τρίτου

κλάδου της αορτής. Ο δεύτερος κλάδος της αορτής είναι η **αριστερή κοινή καρωτίδα**, ενώ ο τρίτος κλάδος είναι η αριστερή υποκλείδια αρτηρία. Η αριστερή κοινή καρωτίδα διχάζεται με τρόπο ανάλογο όπως και η δεξιά σε μία έξω και σε μια έσω αρτηρία (αριστερή έξω καρωτίδα, αριστερή έσω καρωτίδα). Κατά τον ίδιο τρόπο διακλαδώνεται επίσης και η αριστερή υποκλείδια αρτηρία, σχηματίζοντας έτσι την αριστερή σπονδυλική αρτηρία. Με αυτόν τον τρόπο το αριστερό ημισφαίριο του εγκεφάλου τροφοδοτείται με αίμα μέσω της αριστερής έσω καρωτίδας και μέσω της αριστερής σπονδυλικής αρτηρίας. (Schindemeiser n.d.)



ΕΙΚΟΝΑ 3 ΑΙΜΑΤΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Κεφάλαιο 2^ο Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια

Ως αγγειακές παθήσεις του εγκεφάλου ή ΑΕΕ ορίζονται ασθένειες ή διαταραχές που αφορούν την τροφοδοσία του εγκεφάλου με αίμα. Οι κλινικές εκδηλώσεις των ΑΕΕ που θα παρουσιαστούν, έχουν να κάνουν με καταστάσεις που επικρατούν εντός των συγκεκριμένων περιοχών του εγκεφάλου, όπου μειώθηκε σημαντικά ή ακόμη διακόπηκε τελείως η ροή του αίματος και συνεπώς η τροφοδοσία με οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες. Αν η ροή του αίματος στον εγκέφαλο διακοπεί για περισσότερο από 4-5 λεπτά, πχ σε περίπτωση ανακοπής της καρδιάς, επέρχονται κατά κανόνα οι πρώτες μη αναστρέψιμες βλάβες στα νευρικά κύτταρα, δηλαδή ένα **έμφρακτο**. Έμφρακτο ή αλλιώς έμφραγμα είμαι μία αιφνίδια, χωρικά περιορισμένη νέκρωση του εγκεφαλικού ιστού. Μετά από περίπου 8-10 λεπτά οι βλάβες των ιστών είναι πλέον τόσο βαριές, ώστε επέρχεται εγκεφαλικός θάνατος. (Schindemeiser n.d.)

2.1 Αποσαφήνιση του όρου –εγκεφαλικό επεισόδιο

Ο όρος αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (αποπληξία, καταπληξία, εγκεφαλική προσβολή) είναι ασαφής και δεν βρίσκει πάντα ενιαία χρήση. Κατά βάση χρησιμοποιείται ως ένας γενικός όρος που χαρακτηρίζει ένα οξύ νευρολογικό

περιστατικό, κατά το οποίο κάποια τμήματα του εγκεφάλου υφίστανται μια αιφνίδια λειτουργική έκπτωση. Τα αγγειακά επεισόδια (αποπληξία, προσβολή), οφείλονται κατά το 80-85% σε **ισχαιμικά εγκεφαλικά έμφρακτα** και περίπου σε 10-15% σε αιμορραγικά εγκεφαλικά έμφρακτα, τα οποία διακρίνονται σε **εγκεφαλικές αιμορραγίες** (10-15%) και σε **αιμορραγίες στον υπαραχνοειδή χώρο** (5-10%).

- **Ισχαιμικό εγκεφαλικό έμφρακτο:** σημαίνει την εντός περιγεγραμμένων ορίων, νέκρωση ιστών του εγκεφάλου και συνδέεται με λειτουργικές βλάβες, ως αποτέλεσμα μιας διαταραχής ή διακοπής της κυκλοφορίας του αίματος.
- **Αιμορραγικό εγκεφαλικό έμφρακτο:** σημαίνει επίσης την νέκρωση ιστών και λειτουργικές διαταραχές που όμως οφείλονται σε αιμορραγίες στο εσωτερικό του εγκεφάλου (αιμορραγικό αγγειακό επεισόδιο) ή σε αιμορραγίες στον υπαραχνοειδή χώρο.

2.2 Επιδημιολογία των εγκεφαλικών επεισοδίων

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) αποτελεί με ένα ποσοστό 15% περίπου, την τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου μετά τα καρδιακά και καρκινικά νοσήματα. Αποτελεί δε επίσης και μία σημαντική αιτία για λειτουργικές εκπτώσεις (ανεπάρκειες, μειονεξίες), για την ανάγκη φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων καθώς και για πρόωμη και μόνιμη αναπηρία.

Το υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης του πρώτου εγκεφαλικού επεισοδίου σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, σε σχέση με την ηλικία, βρίσκεται στη μέση της έκτης δεκαετίας (65 ετών) για το γενικό πληθυσμό, με μεγαλύτερη συχνότητα να καταγράφεται στους άνδρες παρά στις γυναίκες. Τις τελευταίες δεκαετίες –λόγω βελτιωμένων διαγνωστικών μεθόδων, λόγω νωρίτερα εφαρμοζόμενης πρόληψης και λόγω αυξανόμενης συνείδησης του υγιεινού τρόπου ζωής, επίσης όμως και λόγω αποτελεσματικότερων θεραπευτικών μεθόδων- η θνησιμότητα των ασθενών ύστερα από ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό έμφρακτο μειώθηκε περίπου από 15-20% στο 10%. Στις περιπτώσεις όμως των αιμορραγικών εμφράκτων η θνησιμότητα είναι υψηλότερη. Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών πεθαίνουν αμέσως- αυτό σημαίνει εντός των πρώτων τεσσάρων εβδομάδων μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο.

Οι στατιστικές έρευνες επιδεικνύουν πως το 40% περίπου των ασθενών που επιζούν ενός εγκεφαλικού επεισοδίου επανέρχονται πλήρως και μπορούν να συνεχίζουν να ζουν έτσι όπως και πριν το επεισόδιο. Για το περίπου 30% όμως των συγκεκριμένων ατόμων οι παραλυσίες/παρέσεις, τα προβλήματα λόγου, καθώς και άλλα συμπτώματα διαμορφώνουν πλέον τόσο καθοριστικά την περαιτέρω ζωή τους, ώστε η άσκηση επαγγέλματος καθίσταται αδύνατη, ενώ η καθημερινή τους οικιακή ζωή καθορίζεται από πολλούς περιορισμούς. Για το δε υπόλοιπο 30% των ασθενών, το εγκεφαλικό επεισόδιο σημαίνει, είτε λιγότερο και είτε περισσότερο, μία αυξημένη και διαρκή αναγκών φροντίδας. (αρχή n.d.)

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως με τη συνεχή αύξηση του προσδόκιμου ζωής και με έναν αυξανόμενο αριθμό ανθρώπων που επιζούν μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι αναμενόμενο να αυξηθεί μελλοντικά και ο αριθμός των ατόμων που θα αναγκαστούν να ζουν με περισσότερο ή λιγότερο βαριές διαταραχές στον τομέα της γλώσσας, της ομιλίας, της φωνής και της κατάποσης και τα οποία θα χρειαστούν λογοθεραπευτική στήριξη.

2.3 Ισχαιμικά Εγκεφαλικά Έμφρακτα-Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου

Οι παράγοντες κινδύνου που παρουσιάζονται παρακάτω, αφορούν κυρίως τα ισχαιμικά αγγειακά εγκεφαλικά έμφρακτα. Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως οι παράγοντες κινδύνου για ένα ισχαιμικό εγκεφαλικό έμφρακτο είναι σε πολύ μεγάλο βαθμό ταυτόσημοι με εκείνους που υφίστανται για ένα καρδιακό έμφραγμα ή και για άλλες ασθένειες, που έχουν να κάνουν με ανεπαρκή αιμάτωση διαφόρων οργάνων ή περιοχών του ανθρώπινου οργανισμού. Οι παράγοντες διακρίνονται σε τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους. Εμείς μπορούμε να επιδράσουμε μόνο στο πρώτο είδος, π.χ. μέσω της διατροφής και του γενικότερου τρόπου ζωής.

2.3.1 Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου

- **Ηλικία:** Ο κίνδυνος αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας.

- **Φύλο:** οι άνδρες κινδυνεύουν περισσότερο από τις γυναίκες –σημειωτέον οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής.
- **Κληρονομικότητα:** γενετική προδιάθεση-ιδιαίτερα για τις ασθένειες που αναφέρονται κατωτέρω υπό τον όρο «τροποποιήσιμοι κίνδυνοι»-καθώς και όταν στην οικογένεια έχει ήδη εμφανιστεί ένα εγκεφαλικό επεισόδιο ή περισσότερα περιστατικά αυτού του είδους.

2.3.2 Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου

- **Κολπική Μαρμαρυγή:** Συχνές διαταραχές του καρδιακού ρυθμού, οι οποίες ευθύνονται για το σχηματισμό θρόμβων αίματος στον αριστερό κόλπο της καρδιάς, οι οποίοι με τη σειρά τους μπορούν να προκαλέσουν ένα εγκεφαλικό επεισόδιο. Απαιτείται φαρμακευτική αγωγή για την αραιώση του αίματος, η οποία εμποδίζει το σχηματισμό των θρόμβων.
- **Υψηλή αρτηριακή πίεση (υπέρταση):** Οι ανώτερες φυσιολογικές τιμές ανέρχονται μέχρι το 130/85. Η υπέρταση επιφέρει βλάβες στα τοιχώματα των αγγείων και ευνοεί την αρτηριοσκλήρωση.
- **Κάπνισμα:** Η νικοτίνη προκαλεί στένωση των αιμοφόρων αγγείων και αυξάνει την αρτηριακή πίεση, ενώ άλλες ύλες που περιέχονται στον καπνό βλάπτουν τα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων και έτσι ευνοούν επίσης την αρτηριοσκλήρωση. Στις γυναίκες η βλαπτική επίδραση αυξάνεται όταν αυτές παράλληλα χρησιμοποιούν και αντισυλληπτικά.
- **Σακχαρώδης διαβήτης:** Η υψηλή περιεκτικότητα σακχάρου (γλυκόζης) στο αίμα επιφέρει βλάβες στα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων και οδηγεί έτσι στην αρτηριοσκλήρωση. Οι τιμές περιεκτικότητας σακχάρου στο αίμα δεν πρέπει να υπερβαίνουν το 110mg/dl με άδειο στομάχι και το 130 mg/dl δύο ώρες μετά το φαγητό.
- **Διαταραχές του μεταβολισμού των λιπών:** Υψηλές τιμές ουδέτερων λιπών (υπερλιπιδαιμία), ολικής χοληστερίνης και LDL- χοληστερίνης και χαμηλές τιμές HDL- χοληστερίνης, έχουν ως αποτέλεσμα την συσσώρευση λίπους στα

τοιχώματα των αγγείων (σχηματισμό αθηρωμάτων) και ευνοούν την πρόκληση αρτηριοσκλήρωσης (αθηροσκλήρωση/αθηρωμάτωση)

- **Ανεπαρκής κίνηση:** Η κίνηση και οι αθλητικές δραστηριότητες διατηρούνται αγγεία ελαστικά. Βελτιώνουν τις τιμές περιεκτικότητας λίπους στο αίμα και κατεβάζουν την αρτηριακή πίεση.
- **Αυξημένο σωματικό βάρος:** Όταν αυτό έχει ως συνέπειες υψηλή πίεση του αίματος και σακχαρώδη διαβήτη
- **Αλκόολ:** Μόνο σε μεγάλες ποσότητες (Schindemeiser n.d.)

2.4 Συνέπειες Εγκεφαλικού Εμφράκτου

Καθώς διακόπτεται η αιμάτωση στον εγκέφαλο είναι δυνατόν να προκληθούν βλάβες ή ακόμη και να νεκρωθούν εντελώς διάφοροι ιστοί που μπορεί να σχετίζονται με κινητικές, επικοινωνιακές και πολλών ειδών λειτουργίες μιας και ο εγκέφαλος είναι το όργανο που είναι ουσιαστικά υπεύθυνο για όλες τις λειτουργίες του οργανισμού μας. Η έκταση και η κατανομή του προσδιορίζονται από την κλινική εικόνα του ασθενούς, η οποία εξαρτάται από το βαθμό και τη θέση της διακοπείσας αρτηριακής παροχής αίματος. Οι δυσλειτουργίες που θα μελετηθούν στην παρούσα εργασία είναι οι δυσκολίες που προκαλούνται στην επικοινωνία καθώς και αυτές που σχετίζονται με τη κατάποση ή αλλιώς δυσφαγία. (Schindemeiser n.d.)

Κεφάλαιο 3^ο Διαταραχές Κατάποσης μετά από Εγκεφαλικό

Ορισμός Δυσφαγίας

«Είναι η καθυστέρηση ή η λάθος κατεύθυνση μεταφοράς της στερεάς τροφής ή/ και των υγρών από τη στοματική κοιλότητα στο στομάχι.»

(Cracy & Groher, 2003)

Το εγκεφαλικό είναι μία νευρολογική ασθένεια με υψηλή συχνότητα και επακόλουθα σε ενήλικες. Οι μελέτες δείχνουν σημαντική εμφάνιση δυσφαγίας σε ασθενείς με αυτή τη νευρολογική κατάσταση, γεγονός που αυξάνει τη νοσηρότητα. Το πρώτο σύμπτωμα είναι η ανεπαρκής σίτιση του οργανισμού από το στόμα. Ο γνωστότερος και σημαντικότερος κίνδυνος ενός ασθενή με δυσφαγία μετά από εγκεφαλικό είναι η εισρόφηση. Η πρόωμη διάγνωση και η στοχευόμενη θεραπεία μπορεί να μειώσει τις επιπλοκές της κατάποσης. Για να μπορέσουμε, όμως, να διαγνώσουμε με ακρίβεια την ικανότητα κατάποσης και τα ελλείμματα που μπορεί να έχει ένας ασθενής πρέπει να γνωρίζουμε τη φυσιολογία της φυσιολογικής και μη-φυσιολογικής κατάποσης.

3.1 Φυσιολογική Κατάποση

Η κατάποση είναι μία προγραμματισμένη απάντηση σε αισθητηριακά ερεθίσματα, μία από τις συχνότερες κινητικές διαδικασίες του οργανισμού. Στους ενήλικες συμβαίνει 580-2.000 φορές την μέρα. Επιτελεί τη λήψη και μεταφορά τροφή, τη μεταφορά σιέλου και την προστασία κατώτερων αναπνευστικών οδών από εισρόφηση. Η φυσιολογική κατάποση αποτελεί μία ταχεία και αλληλεπικαλυπτόμενη σειρά νευρολογικά ελεγχόμενων κινήσεων, στην οποία συμμετέχουν οι μύες της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου και του στομάχου. Όταν οι μύες ή τα νεύρα που ελέγχουν τους μύες τα των παραπάνω οργάνων εμφανίσουν διαταραχή-βλάβη-δυσλειτουργία ή καταστροφή τότε η κατάποση παύει να είναι φυσιολογική. Ωστόσο εξαιτίας της νευροπλαστικότητας των οργάνων κατάποσης και της ικανότητάς τους να αναπτύσσουν αντιροπιστικούς μηχανισμούς, ορισμένες τροφές και υγρά μπορούν να συνεχίσουν να καταπίνονται με ασφάλεια από τα άτομα με νευρολογικές ή μυϊκές βλάβες των οργάνων κατάποσης. Παρόλο που η πλειονότητα των ανθρώπων θεωρεί δεδομένη τη φυσιολογική κατάποση, όλοι έχουν βιώσει στη ζωή τους μια εμπειρία παθολογικής κατάποσης, συνήθως με τη μορφή ενός επεισοδίου πνιγμονής. Σε υγιές άτομο, ωστόσο αυτό το επεισόδιο ακολουθείται άμεσα από αντανακλαστικό βήχα ή καθάρισμα λαιμού. (Βιρβιδάκη 2011)

3.1.1 Παθολογική Κατάποση

Σε αντίθεση με τη φυσιολογική κατάποση η παθολογική περιλαμβάνει τη δυσχέρεια ή την πλήρη ανικανότητα κατάποσης, που αναφέρονται ως δυσφαγία και αφαγία αντίστοιχα. Ο γενικά αποδεκτός ορισμός της δυσφαγίας είναι απλά «*δυσχέρεια στην κατάποση*». Όταν κάποιος δεν μπορεί να καταπιεί καθόλου αναφέρεται πως έχει αφαγία ή «αδυναμία κατάποσης τροφής ή υγρού οποιασδήποτε σύστασης». Οι όροι δυσφαγία και αφαγία αναφέρονται επίσης στην δυσκολία ή πλήρη αδυναμία κατάποσης του σιέλου αλλά και των φαρμάκων. Η δυσφαγία περιλαμβάνει επίσης συμπτώματα όπως το «κόλλημα» των τροφών ή υγρών στο λαιμό ή την αναγωγή υγρών ή στερεών που έχουν καταποθεί. Οι δυσκολίες στην κατάποση μπορεί να προέλθουν από μηχανικά προβλήματα του μηχανισμού της μάσησης-κατάποσης, νευρολογικές παθήσεις, γαστρεντερικές διαταραχές ή απώλεια οργάνων εξαιτίας χειρουργικής επέμβασης ή τραύματος. Η δυσφαγία και αφαγία μπορεί ακόμη να αφορούν σε διαταραχή του συντονισμού των διαδοχικών βημάτων που απαιτούνται για μια φυσιολογική κατάποση. (Βιρβιδάκη 2011)

3.2 Στάδια κατάποσης

Η φυσιολογική κατάποση έχει περιγραφεί ως μια ακολουθία τεσσάρων σταδίων που περιλαμβάνουν την προώθηση του βλωμού από διάφορες ανατομικές δομές. Τα στάδια αυτά είναι στοματικό στάδιο, το οποίο, είναι εκούσιο και διακρίνεται σε δύο υποκατηγορίες: 1)προπαρασκευαστικό(φάση στοματικής προετοιμασίας) και 2)προωθητικό(κύρια στοματική φάση), το φαρυγγικό στάδιο και το οισοφαγικό στάδιο, το οποίο είναι ακούσιο. Κατά το προπαρασκευαστικό στοματικό στάδιο έχουμε λήψη τροφής στο στόμα, την σύνθλιψη, την κατάτμηση, την ανάμιξη με σίελο και την τοποθέτηση του βλωμού στην γλώσσα. Κατά την κύρια στοματική φάση έχουμε τη μεταφορά του βλωμού στο φάρυγγα μέχρι την έκλυση του αντανακλαστικού της κατάποσης(0.7-1,2'') και επιπλέον απαιτείται επαρκή παραγωγή πίεσης. Κατά το φαρυγγικό στάδιο έχουμε την προώθηση του βλωμού μέσω του φάρυγγα στον οισοφάγο με μια ταχεία, αντανακλαστική αλυσίδα κινήσεων(>1''). Συγκεκριμένα κατά τη διάρκεια του φαρυγγικού σταδίου έχουμε ανύψωση της μαλθακής υπερώας (υπερωοφαρυγγικό κλείσιμο-ΥΦ βαλβίδα), οπίσθια κίνηση της ρίζας της γλώσσας προς τα φαρυγγικά τοιχώματα, σύσπαση φαρυγγικών τοιχωμάτων, πρόσθια και ανοδική κίνηση του υοειδούς οστού και λάρυγγα (λαρυγγικό

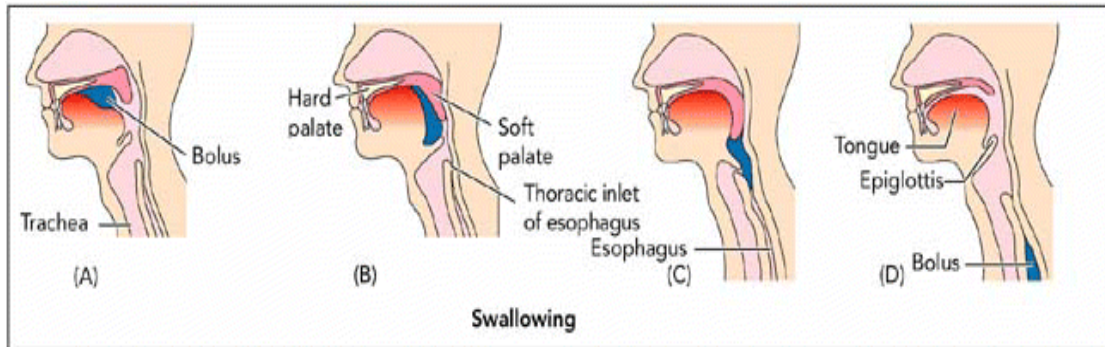
κλείσιμο-ΛΡ βαλβίδα), κατάσπαση επιγλωττίδας καθώς και (κρικοφαρυγγικό άνοιγμα-ΚΦ βαλβίδα). Τέλος κατά το οισοφαγικό στάδιο έχουμε την μεταφορά του βλωμού με πρωτογενή και δευτερογενή περισταλτικά κύματα του οισοφάγου στο στομάχι, όπου θα ξεκινήσει η διαδικασία της πέψης. (L.Carrau n.d.)

Στοματικό στάδιο \rightleftharpoons Φαρυγγικό Στάδιο \rightleftharpoons Οισοφαγικό Στάδιο

3.3 Εισρόφηση-Εισχώρηση

Ένα από τα βασικά συμπτώματα της φυσιολογίας της παθολογικής κατάποσης είναι η εισρόφηση. Η εισρόφηση παρουσιάζεται όταν το άτομο κατευθύνει το βλωμό προς το αναπνευστικό σύστημα (τραχεία και πνεύμονες) αντί προς το πεπτικό σύστημα. Όταν η τροφή και τα υγρά εισέλθουν στον αεραγωγό πάνω από το επίπεδο των φωνητικών χορδών, ονομάζεται εισχώρηση και όταν το υλικό εισέρχεται κάτω από το επίπεδο των φωνητικών χορδών ονομάζεται εισρόφηση. Στην περίπτωση της εισρόφησης το υλικό δεν μπορεί να αποβληθεί, θέτοντας το άτομο σε κίνδυνο για πνευμονία εισρόφησης. Υλικό που έχει εισροφηθεί μπορεί να προερχεται είτε από στοματικές εκκρίσεις είτε από υλικό που έχει μερικώς χωνευθεί και παλιδρομεί στον φάρυγγα από τον οισοφάγο.

Για να αξιολογηθεί εάν το άτομο είναι ασφαλές να σιτίζεται από το στόμα ή αν υπάρχει κίνδυνος εισρόφησης, πρέπει να εξεταστούν προσεκτικά καρέ-καρέ ή στιγμιότυπο-στιγμιότυπο οι φάσεις της κατάποσης. Οι δύο διαδικασίες που εξετάζουν καλύτερα την κίνηση του υλικού από τη στοματική κοιλότητα μέχρι και το στομάχι είναι η βιντεοακτινοσκόπηση (video fluoroscopy-VFS) και η ενδοσκοπική αξιολόγηση της κατάποσης με οπτικές ίνες (fiberoptic endoscopy of swallowing-FEES). Από τις μελέτες αυτές μπορούμε να αξιολογήσουμε το μέγεθος, την θέση και τον τύπο του υλικού, που εισέρχεται στον αεραγωγό πάνω ή κάτω από το επίπεδο των φωνητικών χορδών. (L.Carrau n.d.)



ΕΙΚΟΝΑ 4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ

3.4 Αξιολόγηση παρά την Κλίνη

Από αυτή την αξιολόγηση, ο κλινικός μπορεί να προσδιορίσει εάν υπάρχει αδυναμία, ασυμμετρία ή αποσυντονισμός των στοματικών φαρυγγικών μυών (μύες χειλιών, γλώσσας, υπερώας, λάρυγγα και κάτω γνάθου) ή στοματικές αισθητηριακές διαταραχές, οι οποίες μπορεί να συμβάλλουν στη δυσφαγία. Ενδείξεις και συμπτώματα της εισρόφησης ή του κινδύνου εισρόφησης μπορούν να προσδιοριστούν κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης. Σημαντικά είναι η παρατήρηση της πραγματικής σίτισης, της στάσης του σώματος, της οδοντοφυΐας, της μάσησης και του μυϊκού τόνου· ο προσδιορισμός της αναπνευστικής και γνωστικής κατάστασης, της μνήμης και της γλωσσικής ικανότητας του ατόμου και η παρατήρηση αν το άτομο μπορεί να σιτιστεί μόνο του ή χρειάζεται βοήθεια. Στην κλινική εξέταση θα πρέπει επίσης να εξεταστεί η λειτουργία των κρανιακών νεύρων και να προσδιοριστεί αν υπάρχει επαρκές σίελο για την δημιουργία βλωμού. Κατά τη διάρκεια αυτής της εξέτασης, ο βήχας, η τάση για εμετό και η ποιότητα της φωνής θα πρέπει, επίσης, να εξετάζονται καθώς αυτές οι λειτουργίες παρέχουν ενδείξεις, για το αν η δυσφαγία μπορεί να οφείλεται σε μυϊκές, νευρολογικές ή δομικές διαταραχές. Το ιατρικό και χειρουργικό ιστορικό του ατόμου, καθώς και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής πρέπει επίσης να συζητιούνται ως πιθανά αίτια για την δυσκολία κατάποσης ή σίτισης. (L.Carrau n.d.)

Πίνακας 1: Κλινικά ευρήματα σε ασθενείς με Δυσφαγία

✓ Βήχας/πνιγμός –καταπίνοντας τροφή, υγρό, σίελο

✓ Συχνό καθάρισμα του λαιμού –με ή χωρίς παραγωγικό βήχα
✓ Πρότυπο πολλαπλής κατάποσης (επανελημμένες καταπόσεις)
✓ Πόνος κατά την κατάποση(οδυνοφαγία)
✓ Υγρή χροιά φωνής
✓ Νωδοί
✓ Σιελόρροια
✓ Αυξημένες στοματικές ή φαρυγγικές εκκρίσεις
✓ Κυάνωση
✓ Δύσπνοια
✓ Απώλεια βάρους
✓ Βρογχόρροια
✓ Αυξημένος χρόνος κατανάλωσης γεύματος
✓ Πνευμονικό διήθημα
✓ Αντίσταση στη σίτιση (άρνηση)
✓ Τροφή που κολλάει στο στόμα, στο λαιμό, ή πίσω στέρνο,
✓ Αλλαγές στη γεύση
✓ Δυσκολία στη διαχείριση τροφών συγκεκριμένων υφών
✓ Πρότυπα αποκλίνουσας συμπεριφοράς όταν παρουσιάζεται η τροφή

3.5 Συνέπειες των διαταραχών κατάποσης

Η παθολογική κατάποση είναι φυσικό να έχει ορισμένες συνέπειες στον οργανισμό και να υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής του ατόμου. Οι συχνότερες συνέπειες είναι η πνευμονία από εισρόφηση, η αφυδάτωση, η πλημμελής θρέψη (υποσιτισμός) και η απώλεια βάρους.

Πνευμονία από εισρόφηση: Η πνευμονία από εισρόφηση αναπτύσσεται όταν προκαλείται λοίμωξη των πνευμόνων από οξεία ή χρόνια εισρόφηση υγρών, τροφών, στοματικών εκκρίσεων ή υλικού που προέρχεται από το στομάχι και μεταφέρεται στον αεραγωγό. Η κατάσταση αυτή είναι δυνητικά απειλητική για τη ζωή και απαιτεί άμεση ιατρική παρέμβαση.

Αφυδάτωση: Η αφυδάτωση είναι η κατάσταση κατά την οποία δεν υπάρχει αρκετό νερό στο σώμα προκειμένου να διατηρηθεί ένα φυσιολογικό επίπεδο υγρών στους ιστούς του οργανισμού.

Πλημμελής θρέψη: Η κακή θρέψη είναι η κατάσταση που προκαλείται όταν το σώμα δε λαμβάνει επαρκείς ποσότητες θρεπτικών ουσιών, είτε εξαιτίας της αδυναμίας ασφαλούς πρόληψης τροφής, της απροθυμίας ή του φόβου λήψης τροφών ή υγρών λόγω παρελθόντων προβλημάτων κατάποσης, είτε ανικανότητας χώνεψης ή απορρόφησης των θρεπτικών ουσιών. Όταν ένα άτομο δεν είναι σε θέση να λαμβάνει τροφή με ασφάλεια, μειώνεται η ικανότητά του να διατηρήσει μία καλή κατάσταση υγείας. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα άτομα που αναρρώνουν από μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις, εγκεφαλικά επεισόδια ή άλλες σοβαρές παθήσεις και απαιτούν παρατεταμένη αποκατάσταση.

Απώλεια βάρους: Φυσικό επακόλουθο της διαταραχής κατάποσης είναι η απώλεια βάρους. Είναι ικανή να επηρεάσει τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου και να προκαλέσει βλάβες σε ζωτικά όργανα, κυρίως της καρδιάς. Προσωρινές τεχνικές σίτισης που παρακάμπτουν τη στοματική οδό (πχ παρεντερική, εντερική) χρησιμοποιούνται πλέον όλο και πιο συχνά προκειμένου να σταθεροποιήσουν το βάρος κατά τη διάρκεια της ανάρρωσης από σοβαρές παθήσεις ή διαταραχές και να επιταχύνουν την αποκατάσταση. (L.Carrau n.d.)

3.6 Αντιμετώπιση της δυσφαγίας

Κυρίαρχοι στόχοι αντιμετώπισης της δυσφαγίας είναι: 1) η πρόληψη της εισρόφησης, της κακής διατροφής και της αφυδάτωσης και 2) η επανα-εδραίωση της στοματικής πρόσληψης τροφής και υγρών. Αυτοί οι στόχοι, παραδοσιακά, αντιμετωπίζονται χρησιμοποιώντας προσεγγίσεις, όπως η επανα-εκπαίδευση της μυϊκής λειτουργίας, η διδασκαλία νέων ακολουθιών μυϊκής δραστηριότητας ή η διέγερση αυξημένης αισθητηριακής εισροής (Logemann, 1998). Μια πιο πρόσφατη προσέγγιση, η εφαρμογή νευρομυϊκής ηλεκτρικής διέγερσης (NMHD) στους μύες του κεφαλιού και του λαιμού, αποτελεί ερευνητικό αντικείμενο, συνήθως, ως μία προσθήκη στις παραδοσιακές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Οι κλινικές αποφάσεις λαμβάνονται συχνά από μία διεπιστημονική ομάδα, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει έναν γιατρό, έναν οδοντίατρο, έναν ακτινολόγο και έναν εργοθεραπευτή. (Langdon&Blacker, 2010)

Η παρέμβαση για τις διαταραχές σίτισης και κατάποσης μπορεί να κατηγοριοποιηθούν σε δύο βασικές προσεγγίσεις: αντισταθμιστικές στρατηγικές ή θεραπευτικές στρατηγικές. Ο στόχος των αντισταθμιστικών στρατηγικών είναι η εξάλειψη ή η μείωση παθολογικών συμπτωμάτων, χωρίς να αλλάζει η υποκείμενη φυσιολογία της κατάποσης του ατόμου. Αυτή η προσέγγιση απαιτεί ελάχιστη γνωστική ή σωματική προσπάθεια από το άτομο και αφορά, σε μεγάλο βαθμό, τον χειρισμό μεταβλητών, όπως η στάση του κεφαλιού και παρουσιάσεις βλωμών. Ο στόχος των θεραπευτικών στρατηγικών είναι να επιφέρουν αλλαγή στα πρότυπα κατάποσης του ατόμου. Η προσέγγιση αυτή γενικά εστιάζει στο εύρος της κίνησης και στον συντονισμό/συγχρονισμό της κίνησης. Πρόσθετα στην επιδίωξη των μηχανικών πλευρών κατάποσης οι κλινικοί λαμβάνουν υπόψη, επίσης, τις νευρολογικές αρχές ώστε να προσδιορίσουν τρόπους για να βελτιώσουν την κατάποση (Miller, 2008).

3.7 Θεραπευτική Αποκατάσταση των διαταραχών κατάποσης

Η λογοθεραπεία είναι ο πιο διαδεδομένος τρόπος αποκατάστασης ενός ασθενή που υποφέρει από δυσκαταποσία. Σύμφωνα με έρευνες οι στοματοπροσωπικές ασκήσεις βοηθούν σε αρκετά μεγάλο ποσοστό στη βελτίωση της κατάποσης και μετέπειτα στην υγεία του ασθενή. Με μία πρόσφατη έρευνα αποδεικνύεται πως σε μία ομάδα ασθενών με δυσφαγία η βελτίωση άγγιξε το επίπεδο του 82.35% σύμφωνα με τη

κλίμακα ASHA NOMS. Για τη θεραπεία των ασθενών ο υπεύθυνος λογοθεραπευτής χρησιμοποίησε ασκήσεις με στόχο να βελτιωθεί η ικανότητα κατάποσης σε ένα μεγαλύτερο ρυθμό κινήσεων, αύξηση της προσπάθειας της κατάποσης, και ενδυνάμωση του αισθητηριακού συστήματος. Μεταξύ αυτών είναι και η γλωσσική συγκράτηση, η άσκηση Shaker, η αντίθετη άσκηση με την κεφαλή χαμηλωμένη και οι ασκήσεις γλώσσας.

Κεφάλαιο 4^ο Διαταραχές επικοινωνίας μετά από εγκεφαλικό

Όταν δεν υπάρχει κάποια βλάβη στην περιοχή του λόγου τότε έχουμε αυτό που λέμε «επιτυχή επικοινωνία». Τότε οι ιδέες του ομιλητή μεταδίδονται μέσω λεκτικών και μη-λεκτικών καναλιών επικοινωνίας. Από την πλευρά του ο ακροατής στέλνει λεκτικά και μη-λεκτικά μηνύματα καθώς μιλά ο ομιλητής, «η ανάδραση (feedback) του ακροατή», ως ενδείξεις ότι συμφωνεί, διαφωνεί, βρίσκεται σε σύγχυση ή ότι θέλει να πάρει το λόγο. Επομένως η επιτυχία της επικοινωνίας συνίσταται στην ευαισθητοποίηση και χρήση μη-λεκτικών και λεκτικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων.

Επικοινωνιακές δεξιότητες:

- Προσωδία και ευκρίνεια (ρυθμός, ένταση, επιτονισμός, καθαρότητα).
- Λεκτικές δεξιότητες.
- Μη-λεκτικές δεξιότητες.
- Δεξιότητες ακρόασης (listening).
- Συνειδητοποίηση των αναγκών του ακροατή (ικανότητα να προσαρμόζει την ομιλία στο επίπεδο κατανόησης, στην ψυχική διάθεση, και ανάλογα με το ενδιαφέρον του ακροατή).
- Εναλλαγή σειράς

Είναι λογικό όταν υπάρχει κάποια βλάβη στον εγκέφαλο να διαταραχθούν αυτές οι λειτουργίες και να προκληθούν προβλήματα είτε στην παραγωγή είτε στην αντίληψη του λόγου. Ιδιαίτερα μετά από ένα εγκεφαλικό, όπου με τη διακοπή παροχής αίματος

έχουμε βλάβη ή νέκρωση ιστών, μπορεί να προκληθούν οι εξής διαταραχές επικοινωνίας: **αφασία**, **δυσαρθρία**, **απραξία**.

4.1 Αφασία

Η αφασία είναι μία ιδιαίτερη επίκτητη διαταραχή επικοινωνίας και πολλοί επιστήμονες έχουν δώσει διάφορους ορισμούς για αυτή. Ένας αντιπροσωπευτικός, είναι αυτός των Goodglass and Kaplan (1983). Η άποψη που διατυπώνουν είναι η εξής:

“ η αφασία, είναι η διαταραχή οποιασδήποτε ή όλων των δεξιοτήτων, σχέσεων ή συνηθειών του προφορικού ή του γραπτού λόγου , που προέρχονται από βλάβες σε συγκεκριμένες εγκεφαλικές περιοχές που είναι υπεύθυνες για αυτές τις λειτουργίες”

Κατά συνέπεια, οι Goodglass και Kaplan υποστηρίζουν ότι κάποιος αφασικός μπορεί να επιδείξει ελλείμματα σε μια ή περισσότερες μορφές και το μοντέλο αυτών των ελλειμμάτων να ορίζεται με ένα επίθετο, παραδείγματος χάριν, σφαιρική, Wernicke, Broca κ.α., για να περιγράψει το πρότυπο που παρατηρείται. Επιπλέον το πρότυπο υποδεικνύει συχνά την περιοχή που εντοπίζεται η εγκεφαλική βλάβη που προκάλεσε την αφασία και τη λειτουργική αλληλεπίδραση διάφορων τμημάτων του νευρικού συστήματος.

Έτσι οι επιστήμονες κατηγοριοποίησαν τα αφασικά σύνδρομα αρχικά σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Τις **ρέουσες** οι οποίες προκαλούνται από βλάβη των οπίσθιων περιοχών του εγκεφάλου και τις **μη ρέουσες** όπου προκαλούνται από βλάβη των πρόσθιων περιοχών του εγκεφάλου.(Mazzochi and Vignolo,1979.Naese and Hayward 1978). Επιπλέον, τα αφασικά σύνδρομα διαφοροποιούνται ανάλογα με τρία σημαντικά στοιχεία

- Τη σοβαρότητα του ελλείμματος κατανόησης.
- Τα γλωσσολογικά χαρακτηριστικά της αυθόρμητης λεκτικής έκφρασης, και
- Την ικανότητα επανάληψης σε σύγκριση με την αυθόρμητη έκφραση.

Με τη διάκριση των αφασιών σε ρέουσες και μη ρέουσες ουσιαστικά οι επιστήμονες αναφέρονται στην ικανότητα των ασθενών αυτών να παράγουν λέξεις και προτάσεις.

4.2.1 Ρέουσες Αφασίες

Σε αυτή τη μορφή των αφασιών το άτομο μιλά με συνεχείς προτάσεις, το πρόβλημα, όμως, εντοπίζεται στην επιλογή λέξεων. Στην ήπια μορφή τους το άτομο μπορεί να επικοινωνεί αρκετά καλά. Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις, όμως, η ομιλία του ατόμου δεν έχει περιεχόμενο· ο λόγος αποτελείται από ακατάληπτα και ασυνάρτητα εκφωνήματα, παραφασίες, τα οποία έχουν ευφράδεια, καλή άρθρωση και είναι φωνολογικά σωστά και η ομιλία είναι γνωστή ως ακαταλαβίστικη. Η ικανότητα της ακουστικής κατανόησης επηρεάζεται αρκετά όπως και αυτή της επανάληψης. Η ανάγνωση σε γενικές γραμμές είναι φτωχή ενώ η γραφή δεν επηρεάζεται τόσο, όμως το περιεχόμενό της διαταράσσεται. Σε αυτό το είδος συμπεριλαμβάνονται **η αφασία Wernicke, η Διαφλουική αισθητική, η αφασία αγωγής** καθώς και **η ανομική αφασία**. (Davis n.d.)

4.2.2 Μη Ρέουσες Αφασίες

Σε αυτή τη μορφή το άτομο παράγει πολύ λιγότερες λέξεις από ότι συνήθως. Υπάρχει μία διαταραχή στην ομιλία, δυσκολία στην ανάκληση λέξεων κι ένας βαρύς και αργός ρυθμός ομιλίας. Άτομα με τη διαταραχή αυτή συχνά απαλείφουν μικρά γραμματικά στοιχεία, όπως το –το, –με, και το –σε και καταλήξεις λέξεων, όπως το –ς και το –σα. Η κατάσταση αυτή ονομάζεται αγραμματισμός. Η ικανότητα κατανόησης, παρόλα αυτά, είναι αρκετά καλή ενώ η γραφή είναι αρκετά επηρεασμένη καθώς πολλοί ασθενείς έχουν παράλυση στη δεξιά πλευρά του σώματος με αποτέλεσμα να μαθαίνουν να χρησιμοποιούν το αριστερό τους χέρι. Στις μη ρέουσες αφασίες περιλαμβάνονται **οι μικτή και ολική αφασία, η αφασία Broca** καθώς και **η Διαφλουική κινητική αφασία**. (Davis n.d.)

4.3 Διάγνωση της Αφασίας

Κατά τη διάγνωση ο κλινικός πρέπει να είναι σε θέση να απαντήσει στα εξής ερωτήματα:

- Ο ασθενής έχει επικοινωνιακή διαταραχή;
- Αν ναι, αυτή είναι η αφασία;
- Αν ναι, ποιο είδος αφασικής διαταραχής έχει;
- Ο ασθενής έχει άλλες διαταραχές εκτός της αφασίας;

Η επικοινωνιακή διαταραχή σε έναν ασθενή προσδιορίζεται με δύο τρόπους. Ο πρώτος συγκρίνει την επίδοση του ασθενούς στη δοκιμασία με τα καθορισμένα (φυσιολογικά) πρότυπα. Ο δεύτερος αφορά τη σύγκριση της μετά το εγκεφαλικό, επίδοσης σε σχέση με κάποια στοιχεία προ του εγκεφαλικού. Για να γίνει η διάγνωση ο ασθενής υποβάλλεται σε ορισμένα απλά τέστ ώστε να ελεγχθεί το επίπεδο επικοινωνίας του. Τα τεστ αυτά είναι δομημένα έτσι ώστε να ελαχιστοποιούν την επιρροή εξωτερικών παραγόντων, όπως είναι το μορφωτικό επίπεδο, οι πολιτιστικές παράμετροι ή η ικανότητα εκλογίκευσης. Εκτός από τον προσδιορισμό ύπαρξης ή μη ενός γλωσσικού ελλείμματος, πρέπει να προσδιοριστεί αν το έλλειμμα είναι η αφασία. Τα τεστ περιέχουν στοιχεία που μελετούν τα καίρια χαρακτηριστικά της αφασίας όπως τα έχουμε κατανοήσει. Τα τεστ αφασίας είναι δομημένα ώστε να αξιολογούν τις γλωσσικές δεξιότητες στα τέσσερα κύρια επίπεδα της γλώσσας (Ακοή, Ανάγνωση, Ομιλία, Γραφή) τόσο στην κατανόηση όσο και στην παραγωγή τους. Κάθε επίπεδο εξετάζεται ξεχωριστά ώστε να αποκαλυφθούν οι μη αφασικές βλάβες για κάθε επίπεδο.

Για την αξιολόγηση της αφασίας έχουν δημιουργηθεί αρκετά τεστ τα πιο σημαντικά όμως είναι το Boston-Διαγνωστική εξέταση της Βοστώνης, το οποίο έχει σταθμιστεί και στη γλώσσα μας, το Pica test και το WAB(Western Aphasia Battery). (Davis n.d.)

4.4 Διαγνωστικά Κριτήρια

Για τη διάγνωση της αφασίας χρησιμοποιούμε τα εξής κριτήρια σύμφωνα με τον Hegde. Αυτά είναι:

- Η γλωσσική καθυστέρηση πρέπει να οφείλεται σε πρόσφατη επίκτητη εγκεφαλική βλάβη, εκτός από σπάνιες περιπτώσεις σταδιακής έναρξης.
- Η γλωσσική καθυστέρηση θα πρέπει να είναι πιο αξιοσημείωτη από τα όποια διανοητικά προβλήματα που παρατηρούνται.
- Το ιστορικό και τα διαθέσιμα ιατρικά στοιχεία (συμπεριλαμβανομένων των νευρολογικών, των ακτινολογικών και σχετικών δεδομένων) πρέπει να ενισχύουν τη διάγνωση της αφασίας.
- Κάποιοι τύποι προβλημάτων που παρατηρούνται θα πρέπει να βοηθούν στον αποκλεισμό σχετικών και παρόμοιων διαταραχών όπως καθορίζονται στη διαφοροδιάγνωση. (Hegde n.d.)

4.5 Στόχος Θεραπείας της Αφασίας

Βασικός στόχος της θεραπευτικής αντιμετώπισης της αφασίας είναι η βελτίωση της επικοινωνίας του ατόμου σε όσο μεγαλύτερο επίπεδο είναι εφικτό με βάση το εύρος της νευρολογικής βλάβης. Η πλειοψηφία των ατόμων με αφασία θα βιώσει τουλάχιστον, κάποιες εναπομένουσες γλωσσικές δυσκολίες σε όλη τους τη ζωή. Για το λόγο αυτό οι κλινικοί θα πρέπει να αποφασίζουν, εάν θα μετατοπίζουν το επίκεντρο της θεραπείας από ένα προσανατολισμό "θεραπείας" σε έναν προσανατολισμό "φροντίδας". Ο στόχος της θεραπείας αλλάζει από ανάρρωση των γλωσσικών δεξιοτήτων προ-νοσηρότητας στην εδραίωση αντισταθμιστικών στρατηγικών και στρατηγικών διατήρησης για λειτουργικές γλωσσικές δεξιότητες. Για να επινοηθεί ένα κατάλληλο και αποτελεσματικό θεραπευτικό πρόγραμμα παρέμβασης ο κλινικός πρέπει να διαθέτει εκτενείς γνώσεις των προγνωστικών μεταβλητών, καθώς και εξοικείωση με τα πιο προβλέψιμα πρότυπα ανάρρωσης, τα οποία συνδέονται με τους διαφορετικούς υποτύπους της αφασίας. Για παράδειγμα, ένα σύνηθες πρότυπο ανάρρωσης για μια ολική αφασία είναι να εξελιχθεί σε χρόνια αφασία Broca. Ελάχιστες, καλά σχεδιασμένες μελέτες αξιολογούν την θεραπεία της αφασίας, στα πλαίσια της βέλτιστης συχνότητας διάρκειας ή της σχετικής αξίας διαφορετικών μεθόδων. Αυτό ισχύει, ιδιαίτερα για τον τομέα των αφασιών με ροή. Επομένως, οι λογοπαθολόγοι θα πρέπει να σχεδιάζουν προγράμματα παρέμβασης, σύμφωνα με τα παρόντα κλινικά προφίλ των ατόμων καθώς και με παράγοντες της κατάστασής τους προ-νοσηρότητας, όπως το γνωστικό επίπεδο, η εκπαίδευση και η ικανότητα ανάγνωσης. Επιπλέον, οι πολιτιστικές και γλωσσολογικές διαφορές θα πρέπει να συνυπολογίζονται σε όλες τις εκπαιδευτικές και διαπροσωπικές πλευρές της θεραπείας. Ελάχιστα άτομα με αφασία είναι απολύτως ανίκανα, να κατανοήσουν ακουστικές πληροφορίες και αντίστροφα, ελάχιστα έχουν πλήρως διατηρούμενες δεξιότητες ακουστικής κατανόησης. Ο στόχος του κλινικού είναι, να αναγνωρίσει τους διαθέσιμους τομείς λειτουργίας σε άτομα με σοβαρή αφασία και τους δυσδιάκριτους τομείς αδυναμίας σε άτομα με ήπια αφασία. (Davis n.d.)

Κεφάλαιο 5^ο Δυσαρθρία

Ορισμός Δυσαρθρίας

“Η δυσαρθρία ορίζεται ως ένα συλλογικό όνομα για μια μυϊκή ομάδα νευρολογικών γλωσσικών διαταραχών που προκύπτουν από ανωμαλίες στη δύναμη, την ταχύτητα, το εύρος, τη σταθερότητα, τον τόνο ή την ακρίβεια των κινήσεων που απαιτούνται για τον έλεγχο των αναπνευστικών, των φωνητικών, αντηχητικών, αρθρωτικών και προσωδιακών πτυχών της παραγωγής ομιλίας. Οι παθοφυσιολογικές διαταραχές προκαλούνται εξαιτίας διαταραχών του κεντρικού συστήματος και πολύ συχνά αντανακλούν αδυναμία, σπαστικότητα, έλλειψη συντονισμού, ακούσιες κινήσεις ή υπερβολικό, μειωμένο ή ποικίλο μυϊκό τόνο ” (Duffy n.d.)

Ο ορισμός αυτός αναγνωρίζει και συνεπάγεται ρητά τα ακόλουθα χαρακτηριστικά της διαταραχής:

1. Έχει νευρολογική προέλευση
2. Είναι μία διαταραχή της κίνησης ή του ελέγχου της κίνησης
3. Μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε διάφορους τύπους, ο καθένας από τους οποίους χαρακτηρίζεται από διακριτά, ακουστικά, αντιληπτικά χαρακτηριστικά και πιθανώς, διαφορετική νευροπαθοφυσιολογική βάση. Η κατηγοριοποίηση όμως της δυσαρθρίας, ως εκ τούτου, έχει επιπτώσεις στην εντόπιση της αιτιολογίας της διαταραχής. (Duffy n.d.)

5.1 Είδη Δυσαρθρίας

Σύμφωνα με τον ορισμό που αναφέρθηκε παραπάνω, η δυσαρθρία είναι το αποτέλεσμα μίας κινητικής εξασθένησης ή μιας θεμελιώδους διατάραξης της κίνησης των μυών του μηχανισμού της παραγωγής ομιλίας. Στους συγκεκριμένους μύες, που επηρεάζονται, μπορεί να περιλαμβάνονται μύες της αναπνοής και του λάρυγγα, του φάρυγγα, της μαλακής υπερώας ή των αρθρωτών (χείλη, γλώσσα). Στα χαρακτηριστικά της κίνησης, τα οποία μπορεί να επηρεαστούν, περιλαμβάνονται η μυϊκή δύναμη, η ταχύτητα, το εύρος, η ακρίβεια, η σταθερότητα και ο μυϊκός τόνος.

Ανάλογα με το ποιο επίπεδο του κινητικού συστήματος έχει επηρεαστεί ένας αριθμός τύπων δυσαρθριών μπορεί να αναγνωριστεί, με τον κάθε ένα να χαρακτηρίζεται από την έναρξη του δικού του συνόλου ακουστικών αντιληπτικών χαρακτηριστικών. Το σύστημα ταξινόμησης, το οποίο είναι παγκόσμια αποδεκτό από τους περισσότερους λογοπαθολόγους και νευρολόγους και, επομένως, το σύστημα που χρησιμοποιείται περισσότερο κλινικά, είναι το σχέδιο της αντιληπτικά βασιζόμενης ταξινόμησης, το οποίο επινοήθηκε από τον Darley και τους συνεργάτες (1975). Αυτό το σύστημα βασίζεται στην ταξινόμηση της νευρομυϊκής κατάστασης των μυών, των οποίων η δυσλειτουργία προκαλεί τη δυσαρθρία. Το σύστημα αυτό προσδιορίζει έξι διαφορετικούς τύπους δυσαρθρίας οι οποίοι παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα σε συνάρτηση με την περιοχή βλάβης του εγκεφάλου. (K.Worthington n.d.)

Πίνακας 2

Τύπος Δυσαρθρίας	Περιοχή Βλάβης
Χαλαρή Δυσαρθρία	Κάτω κινητικοί νευρώνες
Σπαστική Δυσαρθρία	Άνω κινητικοί νευρώνες
Αταξική Δυσαρθρία	Παρεγκεφαλίδα και/ή συνδέσεις της
Υποκινητική Δυσαρθρία	Βασικά γάγγλια και συνδεόμενος

	πυρήνας εγκεφαλικού στελέχους
Υπερκινητική Δυσαρθρία	Βασικά γάγγλια και συνδεδόμενος πυρήνας εγκεφαλικού στελέχους
Μικτή Δυσαρθρία	Άνω και κάτω κινητικοί νευρώνες (πλάγια μυατροφική σκλήρυνση)

5.2 Διαγνωστικά Κριτήρια Δυσαρθρίας

Η διάγνωση αυτής της ομάδας κινητικών διαταραχών ομιλίας είναι απαραίτητη για τη διάκρισή τους από άλλα είδη διαταραχών ομιλίας τα οποία δεν έχουν νευροφυσιολογική βάση· τα περισσότερα συμπτώματα οφείλονται σε αδυναμία, δυσκολία συντονισμού ή παράλυση των μυών ομιλίας· η αξιολόγηση είναι εκτενής καθώς οι περισσότερες πλευρές της παραγωγής ομιλίας, μεταξύ των οποίων το ύψος, η ένταση, η ποιότητα φωνής, η αντήχηση η αναπνευστική υποστήριξη για την ομιλία, η προσωδία και η άρθρωση επηρεάζονται σε διαφορετικό βαθμό· η αξιολόγηση των κινητικών διαταραχών ομιλίας είναι μία περίπλοκη διαδικασία, όχι μόνο επειδή πρέπει να αξιολογηθούν όλες οι διαδικασίες ομιλίας, αλλά, επειδή οι βλάβες οφείλονται σε παθολογία του νευρικού συστήματος.

Σύμφωνα με τον Hegde , είναι σημαντικό να επιβεβαιωθεί από τον κλινικό η ιατρική-νευρολογική διάγνωση του ασθενούς, να καταγραφεί η φαρμακευτική αγωγή του ασθενή και οι παρενέργειές της, να μελετηθούν τα πρόσφατα και μελλοντικά σχέδια για τον ασθενή, να ληφθούν υπόψη πληροφορίες για την ιατρική πρόγνωση του ασθενή (π.χ. νόσος Parkinson, νόσος Pick πλάγια μυατροφική σκλήρυνση, αγγειακές νόσοι) που μπορεί να σχετίζεται με διαφορετικούς τύπους δυσαρθρίας. Επίσης πρέπει ο κλινικός να κάνει μία ανασκόπηση των αποτελεσμάτων από τις ακτινογραφικές και απεικονιστικές εξετάσεις του εγκεφάλου του ασθενούς, που μπορούν να ενσωματωθούν ή να συσχετιστούν με τη διάγνωση ης ομιλίας, να κατανοηθούν τα προγράμματα φυσικής αποκατάστασης που μπορεί να επηρεάσουν τη θεραπεία της επικοινωνίας και τέλος να ληφθούν τα αποτελέσματα της ακοολογικής αξιολόγησης που μπορούν να ενσωματωθούν στην αξιολόγηση της ομιλίας. (Duffy n.d.)

Βασικά Διαγνωστικά κριτήρια

- Σαφή στοιχεία βλάβης περιφερικού ή κεντρικού νευρικού συστήματος
- Μία σχετική νευρολογική διάγνωση με σαφείς ενδείξεις διαταραγμένης ισχύος ταχύτητας, εύρους, σταθερότητας, τόνου και ακρίβειας των κινήσεων, αν και σε κάποιες περιπτώσεις δυσαρθρίας, μπορεί να καθοριστεί η διάγνωση επί απουσίας σαφούς νευρολογικής ή σωματικής διάγνωσης
- Τα χαρακτηριστικά ομιλίας που υποστηρίζουν τη διάγνωση δυσαρθρίας, μεταξύ των οποίων είναι η διαταραγμένη φώνηση, η άρθρωση, η προσωδία και αντήχηση και η αναπνευστική υποστήριξη για ομιλία. (Hegde n.d.)

5.3 Στόχος Θεραπείας Δυσαρθρίας

Βασικός στόχος στη θεραπευτική αντιμετώπιση της δυσαρθρίας είναι η βελτίωση της καταληπτότητας και αν είναι εφικτό ο κινητικός έλεγχος της ομιλίας. Η θέσπιση στόχων επηρεάζεται από τον τύπο και τον βαθμό της δυσαρθρικής διαταραχής. Για σοβαρά επηρεασμένα άτομα η εδραίωση λειτουργικής επικοινωνίας μέσω χρήσης συστημάτων επαυξητικής ή εναλλακτικής επικοινωνίας μπορεί να αποτελεί το επίκεντρο της παρέμβασης. Αντίθετα, ο στόχος της θεραπείας για άτομα με ήπια δυσαρθρία, είναι η επανεδραίωση των προτύπων ομιλίας, που προσεγγίζουν στενά την φυσιολογική παραγωγή. Οι Spencer και άλλοι (2003) παρέχουν ένα διάγραμμα ροής, που καθοδηγεί τους κλινικούς στην αξιολόγηση και τη θεραπεία της δυσαρθρίας, εστιάζοντας στην επιρροή των αναπνευστικών και φωνητικών διαταραχών στην παραγωγή ομιλίας. Το διάγραμμα ροής παρουσιάζει διαφορετικές θεραπευτικές επιλογές και στρατηγικές για ανεπάρκειες στον έλεγχο της αναπνοής, στη φώνηση, και στο συντονισμό για την ομιλία. (K.Worthington n.d.)

Κεφάλαιο 6^ο Απραξία της ομιλίας

Η απραξία είναι μια διαταραχή στον προγραμματισμό και την εκτέλεση εκούσιων κινήσεων, λόγω βλάβης στο κεντρικό νευρικό σύστημα, παρά την ανέπαφη μυϊκή δύναμη και συντονισμό. Αυτή η ανεπάρκεια μπορεί να επηρεάσει οποιοδήποτε σύστημα, το οποίο απαιτεί σκόπιμες ακολουθίες μυϊκής κίνησης. Υπάρχουν αρκετά είδη απραξίας. Σε μια *απραξία άκρων*, οι εκούσιες κινήσεις των άκρων είναι επηρεασμένες, όσον αφορά χειρονομίες, όπως ο χειρισμός ή η γροθιά, μετά από εντολή. (K.Worthington n.d.) Η *στοματική απραξία*, αφορά την διενέργεια κινήσεων του προσώπου, του στόματος, της γλώσσας, του φάρυγγα ή και του λάρυγγα κατ' επίκληση μετά από εντολή, που όμως **δεν** αφορούν την ομιλία. Για παράδειγμα οι ασθενείς δυσκολεύονται να σφυρίζουν ή να γλείψουν τα χείλη τους. Η *απραξία ομιλίας* (ΑΟ ή λεκτική απραξία) είναι μια νευρολογικά βασισμένη αρθρωτική διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από δυσκολία στην τοποθέτηση των μυών της ομιλίας και στην ακολουθία μυϊκών κινήσεων για την εκούσια παραγωγή ομιλίας. Αυτή η διαταραχή δεν σχετίζεται με την αδυναμία, βραδύτητα ή έλλειψη συντονισμού αυτών των μυών, κατά τις αυτόματες και αντανακλαστικές ενέργειες (McNeil, Robin&Schmidt,1997). Η λεκτική απραξία είναι μια κινητική διαταραχή της ομιλίας· επομένως, η γλωσσική κατανόηση και το γραμματικό σύστημα δεν επηρεάζονται. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί πως **συννά η απραξία συνυπάρχει με την αφασία**. Οι διάφορες μορφές απραξίας προκύπτουν από βλάβες των μετωπιαίων και βρεγματικών λοβών κατά κανόνα του αριστερού ημισφαιρίου, κοντά στην περιοχή Broca. Ένα άλλο είδος απραξίας είναι αυτό της *απραξίας σίτισης*, ένα είδος απραξίας που παρατηρείται κυρίως σε ενήλικο πληθυσμό (σε άνοιες, Alzheimer, μετά από ΑΕΕ, μετά από κρανιοεγκεφαλική κάκωση και μετά από όγκους εγκεφάλου.) Παρατηρείται αγνωσία τροφής, σε πρώιμο στάδιο, διαταραχή συντονισμού χειλιών, γλώσσας και γνάθου. Δυσκολία στην έναρξη στοματικού σταδίου (έως 4 λεπτά!!), οι ασθενείς μετακινούν την τροφή μέσα στο στόμα είτε γιατί δεν είναι σίγουροι τι να κάνουν με αυτή και πώς να ξεκινήσουν την κατάποση, είτε κρατούν την τροφή μέσα στο στόμα χωρίς καμία κίνηση της γλώσσας. Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν επίσης **στοματική αγνωσία τροφής** που σημαίνει πως η τροφή δεν αναγνωρίζεται από το στόμα, επομένως δεν υπάρχει λόγος να ξεκινήσει η διαδικασία της κατάποσης. Αυτό

οδηγεί στη διατήρηση της τροφής στο στόμα χωρίς την έναρξη κατάποσης! Τέλος, πιο σπάνια μπορεί να υπάρξει κατάποση χωρίς να έχει προηγηθεί μάσηση.

(Χρηστίδου Π.)

Η απραξία χαρακτηρίζεται, πρωτίστως, από λάθη στην άρθρωση, δευτερευόντως από τροποποιήσεις της προσωδίας, (πχ παύσεις, αργός ρυθμός ομιλίας, εξισορρόπηση τονισμού). Τα αρθρωτικά λάθη, επομένως, είναι τα βασικά, χαρακτηριστικά αυτής της κινητικής διαταραχής ομιλίας. Καθώς τα άτομα με απραξία μιλούν, πασχίζουν να τοποθετήσουν σωστά τους αρθρωτές τους. Καθώς πασχίζουν φαίνεται, οπτικά και ακουστικά να αναζητούν να επιτύχουν τις σωστές, μεμονωμένες αρθρωτικές θέσεις και τις αλληλουχίες των αρθρωτικών θέσεων για να παράγονται ήχοι καθώς και λέξεις. Η επακόλουθη άρθρωση, ωστόσο, είναι συχνά εκτός στόχου. Τα άτομα με απραξία ομιλίας έχουν επίγνωση των αρθρωτικών λαθών τους, ωστόσο, συνήθως επιχειρούν να τα διορθώσουν. Συχνά, οι διορθώσεις αυτές είναι επίσης λανθασμένες, αλλά το σημαντικό είναι πως δεν είναι πάντα ίδιες με το αρχικό λάθος.

Πράγματι σε σειρά δοκιμασιών τα αρθρωτικά λάθη που παρουσίασαν τα άτομα με απραξία ομιλίας, είχαν υψηλή μεταβλητότητα. Ακόμη, βρέθηκε πως ο αριθμός των αρθρωτικών λαθών, που παρουσίασαν άτομα με απραξία ομιλίας, ήταν μεγαλύτερος κατά τη διάρκεια επανάληψης, παρά κατά τη διάρκεια συζητητικής ομιλίας. Συμπεραίνεται λοιπόν, πως η απραξία ομιλίας παρουσιάζεται περισσότερο ξεκάθαρα όταν ζητείται από το άτομο να επαναλάβει προφορικό λόγο. (K.Worthington n.d.)

Ορισμός Απραξίας

''Η απραξία ομιλίας είναι μία νευρολογική διαταραχή του λόγου, η οποία αντανακλά μία έκπτωση στην ικανότητα σχεδιασμού ή προγραμματισμού των αισθητικοκινητικών εντολών, οι οποίες είναι αναγκαίες ώστε να κατευθυνθούν οι κινήσεις, που παράγουν ένα φωνητικά και προσωδιακά φυσιολογικό λόγο. Είναι δυνατό να συμβεί, επί απουσίας των φυσιολογικών διαταραχών που συνδέονται με τις δυσαρθρίες και επί απουσίας διαταραχής σε οποιαδήποτε άλλο συστατικό της γλώσσας.'' (Duffy n.d.)

6.1 Διαγνωστικά κριτήρια της Απραξίας

Η αξιολόγηση και η διαφοροδιάγνωση αυτής της νευρογενούς κινητικής διαταραχής της ομιλίας, που θεωρείται ότι οφείλεται σε διαταραχή του κινητικού προγραμματισμού, επί απουσίας μυϊκής αδυναμίας ή μειωμένης νευρομυϊκής ταχύτητας, είναι απαραίτητες για τη διαφοροδιάγνωση από την αφασία και δυσarthρία.

Κατά την αξιολόγηση ενός ατόμου με απραξία είναι σημαντικό από τον κλινικό να ελεγχθούν ορισμένα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά επικοινωνίας. Αρχικά πρέπει να σημειωθεί πως η αξιολόγηση της απραξίας συμπεριλαμβάνει την αξιολόγηση της αφασίας καθώς συχνά, συνυπάρχουν· η αμιγής απραξία της ομιλίας είναι σπάνια. Πρέπει να αξιολογηθεί η παραγωγή ομιλίας, η παραγωγή προσωδιακών στοιχείων της ομιλίας, οι λεκτικές και μη λεκτικές κινήσεις καθώς και οι κινήσεις των άκρων. Τέλος, είναι απαραίτητο να ληφθούν υπόψη τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς. (Hegde n.d.)

Βασικά Διαγνωστικά Κριτήρια

- Ενδείξεις παθολογίας στο αριστερό ημισφαίριο
- Ένδειξη αγγειακής παθολογίας η οποία αφορά στην αριστερή μέση εγκεφαλική αρτηρία
- Κυρίαρχες δυσκολίες προγραμματισμού της ομιλίας με ασταθή λάθη στην άρθρωση, κινήσεις αναζήτησης, εμφανείς δυσκολίες στην εκούσια παραγωγή ομιλίας και προβλήματα προσωδίας. (Hegde n.d.)

6.2 Διαφορική διάγνωση Απραξίας-Αφασίας

Οι νευρολογικές - επικοινωνιακές αυτές διαταραχές έχουν αρκετά κοινά μεταξύ τους και είναι αναμενόμενο ο κλινικός να έχει αμφιβολίες κατά τη διάγνωση. Η μεγαλύτερη δυσκολία, σύμφωνα με τον Hegde είναι η διάκριση της απραξίας που συνυπάρχει με αφασία στο ίδιο άτομο· ενώ η αφασία συχνά παρουσιάζεται χωρίς απραξία, η απραξία συχνά συνυπάρχει με την αφασία· η αφασία που συνυπάρχει με απραξία της ομιλίας συνήθως είναι τύπος μη ρέοντος λόγου. Τα βασικά διακριτικά χαρακτηριστικά των δύο αυτών διαταραχών παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 3

Απραξία	Αφασία
Νευρογενές πρόβλημα λόγου	Νευρογενές πρόβλημα ομιλίας
Όταν δεν συνυπάρχει με αφασία, πιο συχνά σχετίζεται με οπίσθιες μετωπιαίες ή νησιδιακές βλάβες	Όταν δεν συνυπάρχει με απραξία, σχετίζεται με κροταφικές ή κροταφοβρεγματικές βλάβες
Το άτομο αντιμετωπίζει προβλήματα ομιλίας(άρθρωση)	Το άτομο αντιμετωπίζει προβλήματα ανάκλησης λέξεων και σχετικά γλωσσικά προβλήματα
Οι προσπάθειες αρθρωτικών κινήσεων αναζήτησης είναι σημαντικές	Οι αρθρωτικές κινήσεις αναζήτησης δεν είναι σημαντικές
Λάθη άρθρωσης περισσότερο μεταβλητά, λιγότερο σταθερά	Λάθη άρθρωσης λιγότερο μεταβλητά περισσότερο συστηματικά
Γενικά καλή ακουστική αντίληψη	Προβλήματα στην ακουστική αντίληψη
Κυρίαρχο πρόβλημα προσωδίας	Μη κυρίαρχο πρόβλημα της προσωδίας, ιδίως στην αφασία με ρέοντα λόγο
Έντονη δυσκολία στην εκκίνηση φράσεων, δυσκολία στην τοποθέτηση αρθρωτών	Λιγότερο σοβαρή δυσκολία στην εκκίνηση φράσεων
Προσπάθειες αυτοδιόρθωσης	Απουσία προσπαθειών αυτοδιόρθωσης, ιδίως σε ασθενείς με ρέοντα λόγο
Αρθρωτικά λάθη πιο συχνά σε αρχικούς ήχους	Αρθρωτικά λάθη πιο συχνά στους τελικούς ήχους
Δεν παραλείπονται λειτουργικές λέξεις	Παράληψη λειτουργικών λέξεων

Δεν παρουσιάζει προβλήματα κατονομασίας	Προβλήματα κατονομασίας
Απραξία άκρου ή στοματική ή και τα δύο κυρίαρχα	Απραξία άκρου ή στοματική μη κυρίαρχα
Δεν υπάρχουν προβλήματα κατανόησης κατά την ανάγνωση	Προβλήματα κατανόησης κατά την ανάγνωση
Η απραξία της ομιλίας δεν καλύπτει την αφασία	Εάν είναι σοβαρή, η αφασία μπορεί να καλύψει την απραξία
Η απραξία με ή χωρίς αφασία μπορεί να σχετίζεται με μονόπλευρη δυσαρθρία των άνω κινητικών νευρώνων	Η αφασία χωρίς απραξία είναι λιγότερο πιθανό να σχετίζεται με μονόπλευρη δυσαρθρία των άνω κινητικών νευρώνων
Τα φωνολογικά προβλήματα της απραξίας της ομιλίας είναι προβλέψιμα και προσεγγίζουν τη λέξη-στόχο	Τα φωνολογικά προβλήματα των ατόμων που παρουσιάζουν αφασία με ρέοντα λόγο είναι απρόβλεπτα ιδιοσυγκρασιακά και εκτός στόχου

6.3 Διαφορική διάγνωση Απραξίας-Δυσαρθρίας

Απραξία	Δυσαρθρία
Οφείλεται σε προβλήματα κινητικού προγραμματισμού, όχι σε μυϊκή αδυναμία	Η αιτία είναι μυϊκή αδυναμία
Συχνά βλάβη στο άνω και πρόσθιο επίπεδο του εγκεφάλου	Βλάβη στο άνω και πρόσθιο επίπεδο του εγκεφάλου αλλά και σε άλλες περιοχές
Οι βλάβες στο άνω και πρόσθιο επίπεδο του εγκεφάλου που προκαλούν απραξία τείνουν να είναι φλοιώδεις	Οι βλάβες στο άνω και πρόσθιο επίπεδο του εγκεφάλου που προκαλούν δυσαρθρία τείνουν να είναι υποφλοιώδεις
Η χορεία του Huntigton, η νόσος του	Η χορεία του Huntigton, η νόσος του

Pick, ο παρκινσονισμός και η πλάγια αμυατροφική σκλήρυνση δεν σχετίζονται με την απραξία	Pick, ο παρκινσονισμός και η πλάγια αμυατροφική σκλήρυνση σχετίζονται με τη δυσαρθρία
Συνήθως φυσιολογικός στοματοπροσωπικός μηχανισμός και λειτουργία	Συχνά σχετίζεται με διαταραχές στον στοματοπροσωπικό μηχανισμό και τη λειτουργία
Η μη λεκτική στοματική απραξία μπορεί να σχετίζεται με την απραξία της ομιλίας	Η μη λεκτική στοματική απραξία τυπικά δεν σχετίζεται με τη δυσαρθρία
Απουσία δυσφαγίας	Παρουσία δυσφαγίας (συνήθως όχι στην αταξική δυσαρθρία)
Ασταθή λάθη άρθρωσης	Σταθερά λάθη άρθρωσης (εκτός από την αταξική δυσαρθρία που παρουσιάζονται ακανόνιστα αρθρωτικά λάθη)
Καλύτερη παραγωγή αυτόματων φράσεων παρά παραγωγή προτάσεων	Ίδια προβλήματα με την απραξία
Το μήκος της λέξης, η σημασία, η συχνότητα εμφάνισης είναι σημαντικές παράμετροι	Το μήκος της λέξης (με πιθανή εξαίρεση την αταξική δυσαρθρία) η σημασία, η συχνότητα εμφάνισης δεν είναι σημαντικές παράμετροι
Πιο συχνές και ασταθείς δυσρυθμίες	Λιγότερο συχνές και ασταθείς δυσρυθμίες
Συχνές κινήσεις αναζήτησης	Οι κινήσεις αναζήτησης δεν είναι χαρακτηριστικές
Πολλές προσπάθειες αυτοδιόρθωσης	Λίγες προσπάθειες αυτοδιόρθωσης
Τα αναπνευστικά, φωνητικά προβλήματα αντήχησης δεν είναι	Τα αναπνευστικά, φωνητικά προβλήματα αντήχησης είναι τόσο

τόσο σημαντικά όσο τα αρθρωτικά και προσωδιακά προβλήματα	σημαντικά όσο τα αρθρωτικά και προσωδιακά προβλήματα
Συχνά σχετίζεται με αφασία	Συνήθως δε σχετίζεται με την αφασία

6.4 Θεραπευτική Αντιμετώπιση της Απραξίας

Ο απόλυτος στόχος της θεραπείας της απραξίας είναι η αύξηση του εκούσιου ελέγχου ενός ατόμου επί των αρθρωτικών κινήσεων, που είναι απαραίτητες για την ακριβή παραγωγή ομιλίας επί των αρθρωτικών κινήσεων, στα όρια που επιβάλλονται από την νευρολογική διαταραχή. Για τα άτομα με σοβαρή έως πολύ σοβαρή απραξία, η καταληπτή ομιλία μπορεί να μην αποτελεί ρεαλιστικό στόχο. Η θεραπεία για αυτά τα άτομα θα πρέπει να εστιάζει στην ανάπτυξη επαυξητικών ή εναλλακτικών μέσων επικοινωνίας (Arthur E. Jomgsma n.d.)

Κεφάλαιο 7⁰ Οργάνωση θεραπευτικής παρέμβασης

Η ανάπτυξη ενός σχεδίου παρέμβασης περιλαμβάνει μια σειρά βημάτων που στηρίζονται το ένα στο άλλο, σαν την κατασκευή ενός σπιτιού. Η αποτελεσματική

θεμελίωση οποιουδήποτε σχεδίου παρέμβασης, είναι: οι λογοθεραπευτές να ακούνε προσεκτικά και να κατανοούν τις αγωνίες του θεραπευόμενου, για τις δυσκολίες που έχει η επικοινωνία του, την όποια ιατρική κατάσταση, την καταγραφή των δεξιοτήτων, τον αυτοσεβασμό, τα οικογενειακά ζητήματα, τα κοινωνικά θέματα, τους επαγγελματικούς παράγοντες άγχους, και ούτω καθεξής. Τα στοιχεία αξιολόγησης πρέπει να προέρχονται από ποικίλες πηγές οι οποίες μπορούν να περιλαμβάνουν το αναπτυξιακό και κοινωνικό ιστορικό, τις όποιες σταθμισμένες κλίμακες αξιολόγησης, τα δείγματα ομιλίας, τις ψυχιατρικές και τις ιατρικές γνωματεύσεις. Η ολοκλήρωση των στοιχείων από τους λογοπαθολόγους ή και την διεπιστημονική ομάδα παρέμβασης είναι σημαντική για την κατανόηση του θεραπευόμενου και των αναγκών του. (K.Worthington n.d.)

Ο κάθε θεραπευόμενος, ατομικά, παρουσιάζει μοναδικά χαρακτηριστικά που αποκαλύπτουν με ποιο τρόπο προσκρούουν συμπεριφοριστικά στη ζωή του. Επομένως, κάθε πρόβλημα που επιλέγεται για να εστιάσουμε την παρέμβασή μας απαιτεί έναν συγκεκριμένο καθορισμό για το πώς ταιριάζει στον συγκεκριμένο θεραπευόμενο. Οι παρεμβάσεις είναι ενέργειες των λογοπαθολόγων που έχουν σκοπό να βοηθήσουν τον θεραπευόμενο να ολοκληρώσει τους στόχους. Πρέπει να υπάρχει τουλάχιστον μία παρέμβαση για κάθε στόχο. Αν ο θεραπευόμενος δεν ολοκληρώνει τον στόχο του μετά από την πρώτη παρέμβαση πρέπει να προστεθούν στο σχεδιασμό νέες παρεμβάσεις. (Arthur E. Jomgsma n.d.)

Για την παροχή αποτελεσματικής παρέμβασης για οποιονδήποτε τύπο διαταραχής επικοινωνίας, οι λογοπαθολόγοι πρέπει να κατακτούν συγκεκριμένες, βασικές κλινικές δεξιότητες. Αυτές οι δεξιότητες βασίζονται στις θεμελιώδεις αρχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς και της θεωρίας της μάθησης. Υπάρχουν έξι κατηγορίες, οι οποίες αποτελούν τα δομικά στοιχεία της θεραπείας και εξυπηρετούν ως θεμέλιο για όλες τις θεραπευτικές προσεγγίσεις για κάθε διαταραχή.

- Προγραμματισμός: Επιλογή, ακολουθία και γενίκευση των θεραπευτικών στόχων.
- Τροποποίηση συμπεριφοράς: Συστηματική χρήση συγκεκριμένων διαδικασιών αλληλουχίας ερεθίσματος-απόκρισης.
- Βασικές στρατηγικές διδασκαλίας: Χρήση βασικών τεχνικών εκπαίδευσης για τη διευκόλυνση της μάθησης.

- Σχεδιασμός Συνεδρίας: Οργάνωση και εφαρμογή θεραπευτικών συνεδριών συμπεριλαμβανόμενης της διαπροσωπικής δυναμικής.
- Συλλογή Δεδομένων: Συστηματική μέτρηση της επίδοσης του πελάτη και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. (Arthur E. Jongsma n.d.)

Για τον προγραμματισμό της θεραπείας το πρώτο βήμα είναι ο προσδιορισμός των επικοινωνιακών συμπεριφορών, οι οποίες πρέπει να κατακτηθούν μέσα στην πορεία του θεραπευτικού προγράμματος. Αυτοί οι θεραπευτικοί στόχοι, συχνά, αναφέρονται ως μακροπρόθεσμοι στόχοι. Για την επίτευξη των μακροπρόθεσμων αυτών στόχων χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια των θεραπειών μικρότεροι, βραχυπρόθεσμοι στόχοι.

Οι αρχικές πληροφορίες σχετικά με τους πιθανούς θεραπευτικούς στόχους θα πρέπει να λαμβάνονται από την ανασκόπηση των αποτελεσμάτων προηγούμενων διαγνωστικών ευρημάτων. Συχνά, τα δεδομένα αξιολόγησης βασίζονται, εν μέρει, στην χορήγηση σταθμισμένων δοκιμασιών. Οι δοκιμασίες αυτές συνήθως είναι σχεδιασμένες να εξετάζουν ένα ή δύο παραδείγματα μιας δεδομένης επικοινωνιακής συμπεριφοράς. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί, πως μία λανθασμένη απόκριση δεν αποτελεί μία επαρκή βάση για να συμπεριληφθεί μια συμπεριφορά ως στόχος σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα. Υποδεικνύει μόνο ένα πιθανό τομέα αδυναμίας, ο οποίος πρέπει, έπειτα, να εξεταστεί εκτενέστερα για να προσδιορισθεί εάν υπάρχει μια πραγματική αδυναμία. Αυτή η δειγματοληψία επιτυγχάνεται μέσω της χορήγησης προ-θεραπευτικών σημείων αναφοράς. Τα σημεία αναφοράς είναι κλινικά σχεδιασμένες μετρήσεις, οι οποίες παρέχουν πολλαπλές ευκαιρίες σε ένα άτομο, ώστε να παρουσιάσει μία δεδομένη συμπεριφορά.

Συχνά, οι θεραπευόμενοι παρουσιάζουν διάφορες συμπεριφορές, οι οποίες χαρακτηρίζονται ως υποψήφιος για αποκατάσταση. Για άτομα, τα οποία παρουσιάζουν έναν μεγάλο αριθμό λαθών, οι κλινικοί μπορεί να επιλέξουν μία στρατηγική ευρέως προγραμματισμού, η οποία καταπιάνεται με όσο το δυνατόν περισσότερους στόχους, εντός δεδομένου χρονικού πλαισίου. Εναλλακτικά, οι κλινικοί μπορεί να επιλέξουν μία στρατηγική βαθύ προγραμματισμού για πελάτες, οι οποίοι παρουσιάζουν είτε σχετικά ελάχιστα είτε ιδιαίτερα ασυνήθη λάθη. Επιπλέον, οι κλινικοί, συνήθως εφαρμόζουν μία εκ των δύο βασικών προσεγγίσεων για την

επιλογή μεταξύ πιθανών στόχων: αναπτυξιακή/κανονιστική στρατηγική ή επικεντρωμένη στο άτομο στρατηγική.

Η αναπτυξιακή/κανονιστική στρατηγική βασίζεται σε γνωστές κανονιστικές ακολουθίες επικοινωνιακών συμπεριφορών σε άτομα με φυσιολογική ανάπτυξη. Οι θεραπευτικοί στόχοι διδάσκονται με την ίδια γενική σειρά, όπως αναδύονται αναπτυξιακά. Όταν δύο ή περισσότεροι πιθανοί στόχοι προσδιορίζονται από τις διαδικασίες σημείων αναφοράς, συμπεριφορές, οι οποίες αναδύονται πρώιμα, επιλέγονται ως αρχικά θεραπευτικά αντικείμενα.

Η επικεντρωμένη στο άτομο στρατηγική βασίζεται σε συγκεκριμένες ανάγκες του ατόμου, παρά σύμφωνα με τις αναπτυξιακές νόρμες. Σχετικοί παράγοντες στην επιλογή των θεραπευτικών αντικειμένων είναι 1) η συχνότητα με την οποία παρουσιάζεται μια συγκεκριμένη επικοινωνιακή συμπεριφορά στις καθημερινές δραστηριότητες ενός πελάτη, 2) η σχετική σημασία μιας συγκεκριμένης επικοινωνιακής συμπεριφοράς για τον πελάτη, σχετικά με το πόσο συχνά παρουσιάζεται και 3) η δυνατότητα του ατόμου για άρτια εκμάθηση μιας δεδομένης επικοινωνιακής δεξιότητας. Ο τελευταίος αυτός παράγοντας αναφέρεται στην έννοια της διεγερσιμότητας, η οποία συνήθως, ορίζεται ως ο βαθμός, στον οποίο ένα άτομο μπορεί να προσεγγίσει την σωστή παραγωγή ενός λανθασμένου προτύπου με μίμηση.

Στην παρούσα εργασία που μελετάται η συννοσυρρότητα η προτεραιότητα των στόχων προγραμματίζονται με βάση τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο. Εφόσον, μετά από κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο η λειτουργικότητα των περισσότερων είναι μειωμένη δίνεται βάση στις βασικές λειτουργικές ανάγκες και μετέπειτα οι θεραπείες γίνονται περισσότερο εξειδικευμένες. Για παράδειγμα, εάν κάποιος έχει διαγνωσθεί με δυσκολία στη σίτιση και με αφασία, προτεραιότητα δίνεται στο άμεσα λειτουργικό κομμάτι, που είναι η σίτιση και η επικοινωνία αντιμετωπίζεται σε δεύτερο χρόνο.

Για κάθε διαταραχή διαφοροποιείται η οργάνωση της θεραπείας και τίθενται διαφορετικοί στόχοι. Για παράδειγμα, στην αφασία, δυσφαγία και απραξία, υπάρχουν συγκεκριμένες διαδικασίες παρέμβασης, οι οποίες, όμως επιβάλλεται να συνδυαστούν ώστε να δημιουργηθεί ένα θεραπευτικό πλάνο που θα προσανατολίζεται στις δυσκολίες του εκάστοτε ασθενούς (Arthur E. Jomgma n.d.)

7.1 Θεραπευτικές τεχνικές παρέμβασης Αφασίας

Για την αποκατάσταση των ατόμων με αφασία έχουν χρησιμοποιηθεί πολυάριθμες διαδικασίες παρέμβασης. Σε αυτήν εδώ την ενότητα παρουσιάζονται ορισμένες από αυτές.

- Περιοριστικά-Παρακινούμενη Λογοθεραπεία (Pulvermuller, Hauk, Zohsel, Neiningen & Mohr,2005): είναι μία πολλά υποσχόμενη στρατηγική παρέμβασης, η οποία βρίσκεται, σήμερα, υπό ουσιαστική κλινική μελέτη. Η περιοριστικά –παρακινούμενη λογοθεραπεία είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη για άτομα με προκαλούμενη από εγκεφαλικό επεισόδιο αφασία, παρόλο που τα αποτελέσματα θεωρούνται προκαταρκτικά (Cherney et al,2010). Είναι μία προσέγγιση αποκατάστασης/γλωσσολογίας και βασίζεται σε τρεις βασικές αρχές: 1) Μαζική εξάσκηση-εντατική θεραπεία μέσα σε μία σύντομη χρονική περίοδο συνεχόμενων ημερών, όπως 30 ώρες εξάσκησης μέσα σε δύο εβδομάδες . 2) Διαμόρφωση μέσω επιτυχούς προσέγγισης – παρουσίαση ασκήσεων σε μικρά βήματα σταδιακά αυξανόμενης γλωσσολογικής δυσκολίας, εντός φυσικών επικοινωνιακών πλαισίων. 3) Περιορισμός – ελάττωση της χρήσης οποιωνδήποτε αντισταθμιστικών/ μη λεκτικών επικοινωνιακών στρατηγικών από τον πελάτη.

Παρόλο που η ΠΠΑ απαιτεί εντατική παρέμβαση, υπάρχουν ενδείξεις ότι, η έμφασή της στην λεκτική επικοινωνία είναι εξίσου σημαντική για την επίτευξη των επικοινωνιακών κερδών (Raymer et al, 2008). Ακόμη, μελέτες υποδεικνύουν πως η ανάμειξη της οικογένειας σε αυτή τη θεραπευτική παρέμβαση είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη γενίκευση των γλωσσολογικών οφελών· έτσι, η οικογένεια και οι φροντιστές παροτρύνονται, να ελέγχουν και να υπενθυμίζουν στα άτομα να χρησιμοποιούν λεκτικά μέσα για επικοινωνία σε όλες τις καθημερινές επικοινωνιακές ανταλλαγές(Johansson,2011).

- Διέγερση-Διευκόλυνση (Schuell et al.1964): Η διέγερση-διευκόλυνση δεν είναι μια συγκεκριμένη διαδικασία, αλλά μία γενική προσέγγιση στην θεραπεία της αφασίας, η οποία ενσωματώνει τις βασικές αρχές της αποτελεσματικής παρέμβασης (Coelho, Sinotte&Duffy,2008). Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά αυτής της προσέγγισης, όπως υποστηρίζονται από Schuell et al έχουν ως εξής : 1) το επίκεντρο της θεραπείας είναι η εντατική ακουστική

διέγερση, για την εκμείωση του λόγου· 2) οι λανθασμένες αποκρίσεις ενός ατόμου αντιμετωπίζονται με αυξημένη διέγερση, παρά με διορθωτική ανατροφοδότηση, 3) ο υψηλότερος, δυνατός αριθμός αποκρίσεων θα πρέπει να εκμαιεύονται σε κάθε συνεδρία, 4) οι συμπεριφορές-στόχοι εκμαιεύονται μέσω συνεχούς επανάληψης του ερεθίσματος του κλινικού, παρά μέσω άμεσης εκπαίδευσης· και 5) οι θεραπευτικές ασκήσεις εστιάζουν, κυρίως στα σημασιολογικά και συντακτικά μέρη του γλωσσολογικού συστήματος.

- **Θεραπεία Μελωδικού Επιτονισμού (Albert, Sparks & Helm 1973):** είναι μία τεχνική αποκατάστασης/γλωσσολογίας, η οποία αξιοποιεί την "τραγουδιστή ομιλία", για να διευκολύνει την λεκτική έκφραση σε άτομα, τα οποία παρουσιάζουν σοβαρά περιορισμένη λεκτική παραγωγή και σχετικά καλή κατανόηση ομιλίας. Αυτή η προσέγγιση χρησιμοποιεί διακυμάνσεις στο ύψος φωνής, στο τέμπο/ρυθμό και στον τονισμό, για να επιστρατεύσει τη συμμετοχή του δεξιού ημισφαιρίου στην βελτίωση λεκτικής παραγωγής σε άτομα με βλάβη στο γλωσσικά-επικρατές ημισφαίριο. Η ΘΜΕ δεν είναι η μόνη θεραπευτική προσέγγιση που βασίζεται σε κοινές νευρολογικές οδούς για την ομιλία και το τραγούδι. Ο Tomaino (2012) αναφέρθηκε σε διάφορες, άλλες θεραπευτικές στρατηγικές, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν παράλληλα με την ΘΜΕ, για να βοηθήσουν άτομα με μη ρέουσα αφασία. 1) Οικεία τραγούδια: Η εξάσκηση με ένα οικείο τραγούδι μπορεί να χρησιμοποιηθεί, για να μεταβιβάσει οφέλη, τα οποία προέρχονται από τον ρυθμό του τραγουδιού, στον ρυθμό ομιλίας. Οι κλινικοί μπορούν, επίσης, να χρησιμοποιήσουν οικείους στίχους, ως μία παύση, για να συμπληρώσει ο ασθενής το τέλος του στίχου. Πρόσθετα στους οικείους στίχους, μία οικεία μελωδία μπορεί να συνδυαστεί με συνηθισμένες, κοινωνικές φράσεις (π.χ. τι κάνεις), για να βοηθήσει τους ασθενείς με την άνετη παραγωγή των φράσεων. 2) Ασκήσεις αναπνοής: η χρήση ελεγχόμενων εκπνοών μπορεί να βοηθήσει ασθενείς με την παραγωγή ομιλητικών ήχων και απλών συλλαβών. Αυτή η στρατηγική χρησιμοποιεί οποιοδήποτε πρότυπο αναπνοής, το οποίο είναι ανέπαφο και προσβάσιμο σε ασθενείς, όπως το χασμουρητό ή ο αναστεναγμός για να διευκολυνθούν οι παραγωγές ομιλίας. 3) Στοματο-κινητικές: η παροχή υπερβολικών επιδείξεων των στοματο-κινητικών ασκήσεων, που χρειάζονται,

για την παραγωγή στίχων και/ή φράσεων-στόχων με τον ασθενή να μιμείται τις κινήσεις, ενώ επαναλαμβάνει τις φράσεις. (K.Worthington n.d.)

7.2 Θεραπευτικές τεχνικές παρέμβασης Δυσαρθρίας

Ο συνολικός στόχος της θεραπείας της δυσαρθρίας είναι η βελτίωση της καταληπτότητας και, αν είναι δυνατό ο κινητικός έλεγχος της ομιλίας. Η θέσπιση στόχων επηρεάζεται από τον τύπο και τον βαθμό δυσαρθρικής διαταραχής. Για σοβαρά επηρεασμένα άτομα, η εδραίωση λειτουργικής επικοινωνίας μέσω της χρήσης συστημάτων επαυξητικής ή εναλλακτικής επικοινωνίας μπορεί να αποτελεί το επίκεντρο της παρέμβασης. Αντίθετα ο στόχος της θεραπείας για άτομα με ήπια δυσαρθρία, είναι η επανεδραίωση των προτύπων ομιλίας, που προσεγγίζουν στενά την φυσιολογική παραγωγή.

Υπάρχουν αρκετοί διαφορετικοί τύποι δυσαρθρίας με διακριτά συμπτώματα στην ομιλία. Ωστόσο, τα βασικά θέματα και οι προσεγγίσεις στην θεραπεία είναι παρόμοια για όλες τις κατηγορίες δυσαρθρίες. Υπάρχουν τέσσερις βασικές προσεγγίσεις για την θεραπεία της δυσαρθρίας.

- Συμπεριφορική: είναι η παραδοσιακή προσέγγιση στην οποία χρησιμοποιούνται σταδιακά πιο δύσκολες δραστηριότητες και ανατροφοδότηση, για να βελτιωθεί η επίδοση του πελάτη τόσο σε μη ομιλητικές, όσο και σε ομιλητικές ασκήσεις. Αυτή η διαδικασία μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση λεκτικής ενίσχυσης, μετρονόμου, βιοανατροφοδότησης, καθυστερημένης ακουστικής ανατροφοδότησης και πίνακες ταχύτητας. Η βιο-ανατροφοδότηση περιλαμβάνει ηλεκτρονικές συσκευές παρακολούθησης, οι οποίες χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν το άτομο, ώστε να κερδίσει ορισμένο βαθμό εκούσιου ελέγχου επί των προηγουμένως ασυνείδητων σωματικών λειτουργιών όπως η αναπνοή, η ρινικότητα, και οι υπερβολικές στοματικές κινήσεις. Η **καθυστερημένη ακουστική ανατροφοδότηση** είναι ένα σύστημα, στο οποίο οι λέξεις ενός πελάτη επιστρέφουν στον ίδιο μέσω ακουστικών, έπειτα από μια επιβαλλόμενη ηλεκτρονική καθυστέρηση λίγων χιλιοστών του δευτερολέπτου. Ένας **πίνακας ταχύτητας** (Helm, 1979) είναι μια σειρά διαιρούμενων, χρωματιστών τετραγώνων που χρησιμοποιούνται για την

μείωση της ταχύτητας της ομιλίας, ζητώντας από ένα άτομο, να αγγίζει ένα τετράγωνο ανά συλλαβή ή λέξη που εκφέρεται.

- Προσθετικές συσκευές: η χρήση μιας τεχνητής συσκευής για την αντικατάσταση της λειτουργίας ενός μέρους του μηχανισμού ομιλίας, που λείπει ή έχει εξασθενήσει. Η πιο συνηθισμένη προσθετική συσκευή, που χρησιμοποιείται στην θεραπεία της δυσαρθρίας, είναι ο υπερωικός ανελκτήρας. Αυτό είναι μία μηχανική συσκευή, που ανυψώνει την μαλακή υπερώα προς το οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα, για να μειώσει την υπερρινική αντήχηση σε πελάτες με υπερωοφαρυγγική ανεπάρκεια
- Συσκευές εναλλακτικής/επαυξητικής επικοινωνίας: μη φωνητικές μέθοδοι επικοινωνίας, για την συμπλήρωση ή την αντικατάσταση της ομιλίας. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν πίνακες επικοινωνίας, πίνακες αλφαβήτου, συστήματα χειρονομιών, υπολογιστές και συσκευές ηλεκτρονικής σύνθεσης ομιλίας.
- Ιατρικές και χειρουργικές επεμβάσεις: η χρήση φαρμάκων ή/και χειρουργικών επεμβάσεων για την βελτίωση ανεπαρκειών στο σύστημα παραγωγής ομιλίας. Ένας φαρυγγικός κρημνός και η φωνοχειρουργική είναι παραδείγματα προσεγγίσεων χειρουργικής παρέμβασης. Η χειρουργική επέμβαση φαρυγγικού κρημνού ενώνει μαλακό ιστό από το οπίσθιο φαρυγγικό τοίχωμα με την μαλακή υπερώα, για να βελτιωθεί το υπερωοφαρυγγικό κλείσιμο κατά την ομιλία. Αυτή η επέμβαση χρησιμοποιείται, κυρίως, σε άτομα με υπερρινικότητα για τους οποίους η συμπεριφορική θεραπεία και οι προσθετικές επεμβάσεις έχουν αποδειχθεί ανεπιτυχείς. Τρεις τύποι φωνοχειρουργικής σχετίζονται με την θεραπεία μονόπλευρης παράλυσης ή πάρεσης φωνητικής χορδής: 1) ένεση Teflon ή Gelfoam, με την οποία υλικό εγχέεται στην επηρεασμένη φωνητική χορδή για να αυξηθεί ο όγκος της· η πρόσθετη μάζα μειώνει την απόσταση, που πρέπει να διανύσει η υγιής φωνητική χορδή, πέρα από τη μέση γραμμή, για να έρθει σε επαφή με την παραλυμένη χορδή, 2) επανατοποθέτηση της επηρεασμένης φωνητικής χορδής προς τη μέση γραμμή, μέσω χειρουργικής εισαγωγής ενός πλαστικού εμφυτεύματος και 3) επαναδημιουργία της νεύρωσης του θυρεοαρταινοειδούς μυ μέσω εμφύτευσης ενός νεύρο-μυϊκού μοσχεύματος, το οποίο λαμβάνεται από έναν άθικτο υοειδή μυ. (K.Worthington n.d.)

7.3 Θεραπευτικές τεχνικές παρέμβασης απραξίας της ομιλίας

Βασικός στόχος της παρέμβασης για την απραξία της ομιλίας είναι η αύξηση του εκούσιου ελέγχου του θεραπευόμενου επί των αρθρωτικών κινήσεων που είναι απαραίτητες για την ακριβή παραγωγή της ομιλίας, στα όρια που επιβάλλονται από την νευρολογική διαταραχή. Για άτομα με σοβαρή έως πολύ σοβαρή απραξία η καταληπτότητα μπορεί να μην αποτελεί ρεαλιστικό στόχο και η θεραπεία εστιάζει στην ανάπτυξη επαυξητικής ή εναλλακτικής επικοινωνίας. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις για την παρέμβαση της απραξίας συζητούνται σε δύο βασικές πλευρές **δομή (πώς να διδάξω)** και **λειτουργία (τι να διδάξω)**.

- **Δομή**: προγράμματα παρέμβασης για την απραξία μπορούν να δομηθούν με πολλούς τρόπους. Το κεντρικό χαρακτηριστικό σχεδόν όλων των προσεγγίσεων είναι η χρήση εξάσκησης, η κινητική μάθηση εξαρτάται από επαναλαμβανόμενες ευκαιρίες για εξάσκηση επιθυμητών προτύπων κίνησης. Ένα πολύ γνωστό παράδειγμα για την δόμηση της θεραπείας είναι ένα συνεχές μιας άσκησης οχτώ βημάτων που έχει αναπτυχθεί από τους Wertz et al. 1991. Το συνεχές αυτό εμπεριέχει την έννοια της "αισθητηριακής διέγερσης" του Milisen (1945a), η οποία δίνει έμφαση στην ταυτόχρονη εισροή με πολλαπλά μέσα, ιδιαίτερα ακουστικά και οπτικά. Το παράδειγμα αυτό αξιοποιεί την μίμηση, ως βασική στρατηγική διδασκαλίας και επιχειρεί να διευκολύνει τον αυξημένο εκούσιο αρθρωτικό έλεγχο μέσω συστηματικής, σταδιακής μείωσης των στοιχείων από τον κλινικό.
- Οι Wamaugh et al το 2006 παρουσίασαν μία εναλλακτική πλευρά της κατηγοριοποίησης των θεραπευτικών προσεγγίσεων για την απραξία της ομιλίας: αρθρωτική/κινηματική: δίνει έμφαση στην ανάκτηση επαρκών σημείων άρθρωσης και αλληλουχίας αρθρωτικών κινήσεων. Συχνά, εστιάζει στην βελτίωση των χωρικών και χρονικών πλευρών της παραγωγής ομιλίας. Τέλος περιλαμβάνει στρατηγικές διδασκαλίας, όπως επίδειξη και στοιχεία τοποθέτησης. Ταχύτητα και/ή ρυθμός: εστιάζει στην τροποποίηση του χρονικού προτύπου της ομιλίας. Δίνει έμφαση στην μειωμένη ταχύτητα της ομιλίας, για να παρέχει πρόσθετο χρόνο για κινητικό σχεδιασμό. Διασυστημική/αναδιοργάνωση: χρησιμοποιεί ανέπαφα μέσα (π.χ χειρονομίες, νοηματική), για να διευκολύνει την παραγωγή. Και τέλος την εναλλακτική/

επαυξητική η οποία χρησιμοποιεί μη ομιλητικές, επικοινωνιακές στρατηγικές (π.χ. συλλαβισμό, ζωγραφική, χειρονομίες, σύμβολα, εικόνες, γραφή) για να αντικαταστήσει την παραγωγή ομιλίας σε προσωρινή ή μόνιμη βάση.

- Θεραπεία παραγωγής ήχου: (Wambaugh, Kalinyak-Fliszar, West&Doyle 1998, Wambaugh&Mausszycki 2010, Wambaugh&Nessier 2004) Μελέτες έχουν αξιολογήσει την θεραπεία παραγωγής ήχου σε μία κλίμακα σοβαρότητας της ΑΟ. Οι στόχοι της θεραπείας είναι εξατομικευμένοι, βασιζόμενοι στα λανθασμένα πρότυπα ενός θεραπευόμενου· τα ελάχιστα ζεύγη επιλέγονται, βάση των ομιλητικών ήχων, που παράγονται λανθασμένα, κατά τις μετρήσεις σημείων αναφοράς. Τα λάθη στους ομιλητικούς ήχους αντιμετωπίζονται, σύμφωνα με μια ιεραρχία υποστήριξης. Ανατροφοδότηση δίνεται μετά από κάθε παραγωγή ήχου του θεραπευόμενου, με περαιτέρω υποστηρίξεις να παρέχονται, μόνο εάν τα λάθη επιμένουν.
- Εξάσκηση σεναρίου: (Youmans, Youmans&Haddock, 2011) Παρόλο που αναπτύχθηκε για άτομα με αφασία, η εξάσκηση σεναρίου έχει χρησιμοποιηθεί σε άτομα με συνυπάρχουσα απραξία της ομιλίας, για να διευκολυνθεί η μεγαλύτερη άνεση στην παραγωγή ομιλίας σε επίπεδο φράσης. Οι αρχές εξάσκησης παραμένουν οι ίδιες, όταν χρησιμοποιείται η εξάσκηση σεναρίου στην ΑΟ. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην παροχή ανατροφοδότησης, έτσι ώστε το άτομο να μη μάθει λανθασμένα ομιλητικά πρότυπα. Λόγω της φύσης της απραξίας, η ομιλία του πελάτη θα συνεχίσει να περιέχει λάθη, όταν χρησιμοποιούνται φράσεις σεναρίου, παρόλο που η συχνότητα των λανθασμένων παραγωγών μπορεί να μειωθεί. Ωστόσο, οφέλη αναμένονται στην αυτοπεποίθηση, στην άνεση και στην ρευστότητα της ομιλίας.
(K. Worthington n.d.)

7.4 Θεραπευτικές τεχνικές παρέμβασης δυσφαγίας

Οι θεραπευτικές τεχνικές παρέμβασης διακρίνονται κυρίως σε δύο κατηγορίες, σε συντηρητικά μέτρα και χειρουργικά μέτρα. Τα συντηρητικά μέτρα στοχεύουν την λειτουργική αποκατάσταση της δυσφαγίας μέσα από αντισταθμιστικές και θεραπευτικές τεχνικές και τα χειρουργικά μέτρα στοχεύουν σε επεμβάσεις για την ενίσχυση της μεταφοράς του βλωμού και την μείωση ή εξάλειψη της εισρόφησης. Οι

τεχνικές παρέμβασης διακρίνονται σε αντισταθμιστικές και θεραπευτικές. Οι αντισταθμιστικές διακρίνονται σε συμπεριφορικές και σε ιατρικές μη χειρουργικές διαδικασίες.

Οι αντισταθμιστικές παρεμβάσεις χαρακτηρίζονται από:

- Εφαρμόζονται πρώτες στο πρόγραμμα του ασθενή
- Ελέγχουν την ροή της τροφής και μειώνουν ή εξαλείφουν τα συμπτώματα του ασθενή (π.χ. εισρόφηση)
- Δεν τροποποιούν την φυσιολογία της κατάποσης του ασθενή
- Βρίσκονται υπό τον έλεγχο του θεραπευτή ή κύριου φροντιστή
- Χρήσιμες για όλες τις ηλικιακές ομάδες και γνωστικά επίπεδα
- Απαιτούν περιορισμένη μυϊκή προσπάθεια από τον ασθενή
- Χρησιμοποιούνται για συγκεκριμένη χρονική περίοδος ως υποβοηθητικές στη σίτιση

Οι θεραπευτικές διαδικασίες για τη δυσφαγία είναι:

- σχεδιασμένες να τροποποιήσουν την φυσιολογία της κατάποσης,
 - να βελτιώσουν το εύρος της κίνησης των στοματικών και φαρυγγικών δομών
 - να αυξάνουν την μυϊκή ισχύ,
 - να βελτιώνουν την αισθητικότητα πριν την κατάποση,
 - να επιτρέπουν τον έλεγχο συγκεκριμένων στοματοφαρυγγικών κινήσεων στην διάρκεια της κατάποσης και
 - συνήθως απαιτούν από τον ασθενή να κατανοήσει και να εκτελέσει οδηγίες.
- (K.Worthington n.d.)

Θεραπευτικές τεχνικές

Υπάρχουν διάφορα είδη θεραπευτικών τεχνικών τα οποία διακρίνονται σε συγκεκριμένους τομείς.

- Ασκήσεις στοματικού ελέγχου
- Ασκήσεις εύρους κίνησης (χειλιών, γλώσσας, γνάθου, λάρυγγα και φωνητικών χορδών)
- Ασκήσεις ενδυνάμωσης
- Αισθητηριακή διέγερση
- Εκούσιους χειρισμούς κατάποσης

Ενδεικτικά θα αναφερθούν ορισμένες ασκήσεις χειλιών:

- Κράτημα αντικειμένου (γλωσσοπίεστρο, κουτάλι) ανάμεσα στα χείλη
- Κράτημα αντικειμένου ανάμεσα στα χείλη (γλωσσοπίεστρο, κουτάλι).
Τραβήξτε απαλά για να βελτιώσετε τη δύναμη των χειλιών.
- Γρήγορο άνοιγμα- κλεισιμο χειλιών με χρήση συμφώνων
- Παραγωγή φωνηέντων /ου/ και /ι/ με μεγάλο εύρος κίνησης
- Θερμική διέγερση χειλιών με πάγο

Ενδεικτικά θα αναφερθούν ορισμένες ασκήσεις αντίστασης της γλώσσας:

- Push up the bow Ασκήστε μια μικρή πίεση προς τα κάτω στη ράχη ης γλώσσας με το δείκτη του χεριού (φορώντας γάντι) κρατήστε για 5 δευτερόλεπτα ενώ ταυτόχρονα ενθαρρύνετε τον ασθενή λέγοντας του να τη σηκώσει. Η αντίσταση της γλώσσας θα δημιουργήσει ένα κοίλωμα όσο χρειάζεται να κρατήσει ένα βόλο. Επαναλάβετε 3-5 φορές.
- Tip only resistance: Ασκήστε πίεση μόνο στην άκρη της γλώσσας με την επίπεδη άκρη ενός γλωσσοπίεστρου. Κρατήστε για 5 δευτερόλεπτα καθώς ο ασθενής την σπρώχνει προς τα πάνω. Αυτό θα βελτιώσει την ικανότητα του ασθενή να ανυψώνει την άκρη της γλώσσα του. Επαναλάβετε 3-5 φορές.
- Push up to flat tongue: Άσκηση πίεσης με την άκρη του δαχτύλου ή με την επίπεδη επιφάνεια γλωσσοπίεστρου στην κορυφή της γλώσσας στη δεξιά μεριά, πάνω από την άκρη της blade και στο σώμα της γλώσσας. Πρέπει να αποφεύγετε την πίεση στο πίσω μέρος της. Διάρκεια 5 δευτερολέπτων καθώς ζητάτε από τον ασθενή να σπρώξει προς τα πάνω. Επαναλάβετε στην αριστερή πλευρά. Αυτό θα υποκινήσει το σώμα της γλώσσας και την πλευρική ανύψωση. Επαναλάβετε 3-5 φορές στην κάθε πλευρά.
Χρησιμοποιήστε ένα γλωσσοπίεστρο, popsicle stick, ή γλειφιτζούρι για αντίσταση στην επιφάνεια της κορυφής της γλώσσας. Ενθαρρύνετε τον ασθενή να κρατήσει την πίεση για 1-5 δευτερόλεπτα.
- Πλευρική αντίσταση. Ασκήστε πίεση στη δεξιά πλευρική περιοχή της γλώσσας. Μπορείτε να το κάνετε με την άκρη του δαχτύλου ή με ένα

γλωσσοπίεστρο ζητώντας από τον ασθενή να σπρώξει προς τα δεξιά ή να σπρώξει δυνατά το γλωσσοπίεστρο. Κρατήστε για 5 δευτερόλεπτα. Επαναλάβετε στην αριστερή πλευρά της γλώσσας. Αυτό θα βοηθήσει την πλευρική κίνηση της γλώσσας. Επαναλάβετε 3-5 φορές στην κάθε πλευρά.

- Ανύψωση του σώματος της γλώσσας. Τοποθετήστε ένα δάχτυλο, τη λαβή μιας οδοντόβουρτσας ή ένα γλωσσοπίεστρο κάτω από τη γλώσσα, στα χαμηλότερα δόντια. Ζητήστε από τον ασθενή να σπρώξει προς τα κάτω. Κρατήστε για 5 δευτερόλεπτα. Επαναλάβετε 3-5 φορές. Αυτή η κίνηση θα βοηθήσει να ανυψωθεί το σώμα της γλώσσας.

Για ασθενής με αισθητηριακές δυσλειτουργίες και απραξία κατάποσης χρησιμοποιούνται:

- Αυξημένη πίεση με το κουτάλι κατά την τοποθέτηση φαγητού στο στόμα
- Παρότρυνση αυτό-σίτισης
- Αύξηση του όγκου του βλωμού
- Αύξηση της γεύσης και της θερμοκρασίας του βλωμού
- Χρήση ξινών και ανθρακούχων βλωμών
- Θερμική-απτική διέγερση (αντισταθμιστική και θεραπευτική τεχνική) (L.Carrau n.d.)

Θερμική-απτική διέγερση

Η χρήση της θερμικής-απτικής διέγερσης γενικά εστιάζει στις πρόσθιες παρίσθημες καμάρες και αποτελεί καθιερωμένη μέθοδο θεραπείας ασθενών με νευρολογική βλάβη, πιο πρόσφατα έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενής με δυσφαγία, ιδιαίτερα αν η δυσφαγία προκαλείται από αισθητηριακά ελλείμματα. Έχει διατυπωθεί από τους Rosenbek και άλλους η υπόθεση πώς το άγγιγμα και η κρύα διέγερση προσφέρουν αυξημένη στοματική επίγνωση και μια διέγερση εγρήγορσης στο στέλεχος του εγκεφάλου και τον εγκέφαλο, με αποτέλεσμα να ενεργοποιείται η φαρυγγική κατάποση γρηγορότερα απ' ό,τι θα ενεργοποιούνταν χωρίς τη διέγερση.

Χαρακτηριστική της θερμικής-απτικής διέγερσης είναι:

- βελτιώνει το χρόνο εκτέλεσης του στοματικού σταδίου (έναρξη στοματικής διέλευσης τροφής) και μειώνει το χρόνο φαρυγγικής καθυστέρησης (εντολή για κατάποση)

- μειώνει την καθυστέρηση ενεργοποίησης της φαρυγγικής κατάποσης
- μετά τη διέγερση ο ασθενής καλείται να πιεί μικρή ποσότητα παχύρευστου βλωμού αρχικά και μετέπειτα υγρού βλωμού
- περίπου δέκα επαναλήψεις την ημέρα σταδιακά αυξάνεται ή/και η πυκνότητα της τροφής
- χρησιμοποιείται ως μέρος προγράμματος συντήρησης σε πολύ βαριές και χρόνιες παθήσεις. (L.Carrau n.d.)

Κεφάλαιο 8^ο Παρουσίαση περιστατικού

Ιστορικό ασθενούς

Η κ. Μ. είναι μία κυρία 80 ετών που διεγνώσθη στις 7/6/2018 με ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό με αριστερή ημιπληγία. Αιφνίδια αισθάνθηκε αδυναμία άκρων στα αριστερά, η ομιλία της ήταν δυσarthρική και παρατηρήθηκε πτώση γωνίας στόματος. Νοσηλεύτηκε αρχικά στο Γενικό νοσοκομείο Σερρών και μετά από 4 ημέρες μεταφέρθηκε στο κέντρο αποκατάστασης.

Κατά την εισαγωγή της ήταν σε εγρήγορση, συνεργάσιμη εκτελούσε κινητικά παραγγέλματα με τα ΔΕ άκρα και απαντούσε σε ερωτήσεις. Παρουσίαζε πτώση γωνίας στόματος στα αριστερά, ήπια αμέλεια (Neglect) με κλίση κεφαλής προς τα δεξιά καθώς και υποτονία στα αριστερά άκρα (0/5)

Η τελευταία CT έδειξε οξύ ισχαιμικό έμφρακτο ΔΕ με πίεση του σώματος της ΔΕ πλάγιας κοιλίας χωρίς παρεκτόπιση των δομών της μέσης γραμμής. Δεν ανέδειξε επιδείνωση σε σχέση με την πρώτη CT ούτε αιμορραγικά στοιχεία

Στο υπόλοιπο ιστορικό της αναφέρονται κολπική μαρμαρυγή, σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, αρτηριακή υπέρταση, καταθλιπτική συνδρομή, αναιμία και ρευματοειδής αρθρίτιδα όμως δεν αναφέρθηκαν αλλεργίες. Επίσης αναφέρθηκαν, ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας, αντικατάσταση αορτικής βαλβίδας με βιολογική, χειρουργηθείς καταρράκτης άμφω, σκωληκοειδεκτομή,

Με βάση τα παραπάνω φαίνεται πως η ασθενής έχει βεβαρυμμένο ιατρικό ιστορικό το οποίο έχει επιπτώσεις στην αντιμετώπιση και βελτίωση της παρούσας κατάστασης της υγείας της.

Παρουσίαση συνεδριών

Η κ. Μ είναι μία συνεργάσιμη κυρία και δεκτική σε όσα της ζητούνται από τους θεραπευτές. Έχει διαγνωστεί δυσαρθρία και διαταραχή κατάποσης. Η επικοινωνία της είναι πολύ καλή και το θεραπευτικό της πρόγραμμα στοχεύει στην ενδυνάμωση των στοματικών δομών, στην μείωση των εισροφήσεων και στο να ξαναμπορέσει να σιτιστεί από το στόμα και να αφαιρεθεί το Levin.

Η θεραπεία της είχε διάρκεια 35-40'. Ο χώρος διεξαγωγής ήταν το δωμάτιο ασθενείας, στο κρεβάτι σε καθιστή θέση ή σε αμαξίδιο. Παρόλο που το περιβάλλον δεν την βοηθούσε να είναι απόλυτα συγκεντρωμένη εκείνη κατέβαλε αρκετή προσπάθεια σε αυτά που της ζητούνταν να κάνει, αν και κάποιες φορές απαισιοδοξούσε και ένιωθε πως δεν τα καταφέρνει αρκετά καλά. Βασικό πρόγραμμα της θεραπείας ήταν η διατήρηση της στοματικής καθαριότητας η εξάσκηση των στοματικών δομών για την βελτίωση κατάποσης και η βελτίωση της επικοινωνίας της.

Στην πρώτη θεραπεία που παρακολούθησα, έγινε καθαρισμός κοιλότητας, ασκήσεις ενδυνάμωσης χειλιών και ασκήσεις ενδυνάμωσης γλώσσας και ασκήσεις κινητικότητας βάσης της γλώσσας. Συγκεκριμένα : κράτημα γλωσσοπίεστρου ανάμεσα στα χείλη και τράβηγμα από την λογοθεραπεύτρια για βελτίωση της δύναμης των χειλιών(3-4 επαναλήψεις). Πλευρική αντίσταση της γλώσσας με γλωσσοπίεστρο δεξιά-αριστερά-μπροστά (3-4 επαναλήψεις). Παραγωγή /κ/ σπρώχνοντας την βάση της γλώσσας προς τα φαρυγγικά τοιχώματα (8-10 επαναλήψεις)

Η δεύτερη ξεκίνησε με ασκήσεις ενδυνάμωσης χειλιών και ασκήσεις ενδυνάμωσης γλώσσας και ασκήσεις κινητικότητας βάσης της γλώσσας. Συγκεκριμένα : κράτημα γλωσσοπίεστρου ανάμεσα στα χείλη και τράβηγμα από την λογοθεραπεύτρια για βελτίωση της δύναμης των χειλιών(3-4 επαναλήψεις). Πλευρική αντίσταση της γλώσσας με γλωσσοπίεστρο δεξιά-αριστερά-μπροστά (3-4 επαναλήψεις). Παραγωγή

/κ/ σπρώχνοντας την βάση της γλώσσας προς τα φαρυγγικά τοιχώματα (8-10 επαναλήψεις)

Στην διάρκεια της τρίτης 6/6 έγινε ενδοσκόπηση και φάνηκε να εισροφά σε πρώτο χρόνο το υγρό και το στερεό σε δεύτερο. Ασκήσεις ενδυνάμωσης χειλιών και ασκήσεις ενδυνάμωσης γλώσσας και ασκήσεις κινητικότητας βάσης της γλώσσας. Συγκεκριμένα : κράτημα γλωσσοπίεστρου ανάμεσα στα χείλη και τράβηγμα από την λογοθεραπεύτρια για βελτίωση της δύναμης των χειλιών(7-10 επαναλήψεις). Πλευρική αντίσταση της γλώσσας με γλωσσοπίεστρο δεξιά-αριστερά-μπροστά (7-10 επαναλήψεις). Παραγωγή /κ/ σπρώχνοντας την βάση της γλώσσας προς τα φαρυγγικά τοιχώματα (8-10 επαναλήψεις). Εκπαιδευτική σίτιση με ζελέ για να ελεγχθεί η κατάποση της.

Κατά τη διάρκεια της επόμενης συνεχίστηκαν οι ασκήσεις ενδυνάμωσης χειλιών και ασκήσεις ενδυνάμωσης γλώσσας και ασκήσεις κινητικότητας βάσης της γλώσσας. Συγκεκριμένα : κράτημα ανάμεσα στα γλωσσοπίεστρου χείλη και τράβηγμα από την λογοθεραπεύτρια για βελτίωση της δύναμης των χειλιών(7-10 επαναλήψεις). Πλευρική αντίσταση της γλώσσας με γλωσσοπίεστρο δεξιά-αριστερά-μπροστά (7-10 επαναλήψεις). Παραγωγή /κ/ σπρώχνοντας την βάση της γλώσσας προς τα φαρυγγικά τοιχώματα (7-10 επαναλήψεις). Εκπαιδευτική σίτιση με νερό με πηκτική ουσία ώστε να ελεγχθεί η κατάποση της και η πιθανή εισρόφηση.

Στις 14/5 έγινε ενδοσκόπηση κατά την οποία φάνηκε να εισροφά σε πρώτο χρόνο το υγρό και σε δεύτερο χρόνο το στερεό. Ασκήσεις ενδυνάμωσης χειλιών και ασκήσεις ενδυνάμωσης γλώσσας και ασκήσεις κινητικότητας βάσης της γλώσσας. Συγκεκριμένα : κράτημα γλωσσοπίεστρου ανάμεσα στα χείλη και τράβηγμα από την λογοθεραπεύτρια για βελτίωση της δύναμης των χειλιών(7-10 επαναλήψεις). Πλευρική αντίσταση της γλώσσας με γλωσσοπίεστρο δεξιά-αριστερά-μπροστά (7-10 επαναλήψεις). Παραγωγή /κ/ σπρώχνοντας την βάση της γλώσσας προς τα φαρυγγικά τοιχώματα (8-10 επαναλήψεις).

Ασκήσεις ενδυνάμωσης χειλιών συνεχίστηκαν και στην επόμενη θεραπεία με λίγη περισσότερη ένταση, όπως και ασκήσεις ενδυνάμωσης γλώσσας και ασκήσεις κινητικότητας βάσης της γλώσσας. Συγκεκριμένα : κράτημα γλωσσοπίεστρου ανάμεσα στα χείλη και τράβηγμα από την λογοθεραπεύτρια για βελτίωση της δύναμης των χειλιών(7-10 επαναλήψεις). Πλευρική αντίσταση της γλώσσας με

γλωσσοπίεστρο δεξιά-αριστερά-μπροστά (7-10 επαναλήψεις). Παραγωγή /κ/ σπρώχνοντας την βάση της γλώσσας προς τα φαρυγγικά τοιχώματα (8-10 επαναλήψεις).

20/6 Τοποθέτηθηκε γαστροστομία και η θεραπεία της δεν ήταν έντονη. Ασκήσεις ενδυνάμωσης χειλιών και ασκήσεις ενδυνάμωσης γλώσσας και ασκήσεις κινητικότητας βάσης της γλώσσας. Συγκεκριμένα : κράτημα γλωσσοπίεστρου ανάμεσα στα χείλη και τράβηγμα από την λογοθεραπεύτρια για βελτίωση της δύναμης των χειλιών (3-4 επαναλήψεις). Πλευρική αντίσταση της γλώσσας με γλωσσοπίεστρο δεξιά-αριστερά-μπροστά (3-4 επαναλήψεις). Παραγωγή /κ/ σπρώχνοντας την βάση της γλώσσας προς τα φαρυγγικά τοιχώματα (5-6 επαναλήψεις). Στις 21/6 διεκομίσθη και η θεραπεία της διεκόπη.

Στην παραπάνω περιγραφή των συνεδριών αναφέρεται κυρίως το πρόγραμμα βελτίωσης σχετικά με τη σίτιση. Όμως δόθηκε βάση και στην βελτίωση της επικοινωνίας της. Βασικό πρόγραμμα θεραπείας ήταν η θεραπεία μελωδικού επιτονισμού, η επανάληψη λέξεων, η περιγραφή εικόνων και η δημιουργία μικρού καθημερινού διαλόγου. Η κ.Μ. ανταποκρινόταν με ευκολία στις παροτρύνσεις της λογοθεραπεύτριας και η επικοινωνία της χαρακτηριζόταν αρκετά καλή.

***Οι εικόνες δεν αντιστοιχούν στα πρόσωπα τα οποία αναφέρονται.**



Εικόνα 5: Πλευρική αντίσταση γλώσσας-μπροστά (Ramblings n.d.)



Εικόνα 6:Κράτημα γλωσσοπίεστρου ανάμεσα από τα χείλη (Cancer n.d.)

Ιστορικό ασθενούς

Η κ. Ε είναι μία κυρία 83ετών διεγνώσθη στις 25/6/ 2018 με αιμορραγικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Νοσηλεύτηκε σε γενικό νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης στην παθολογική κλινική και μετά από 7 ημέρες μεταφέρθηκε στο κέντρο αποκατάστασης.

Η πρώτη CT εγκεφάλου-25-6-2018 έδειξε ενδοπαρεγχυματικό αιμάτωμα στον AP θάλαμο και στο AP εγκεφαλικό σκέλος με περιεσσιακό οίδημα και πίεση επί της 3ης κοιλίας υπόπυκνη απεικόνιση της λευκής ουσίας των ημισφαιριών ως επί ισχαιμικής λευκοεγκεφαλοπάθειας . Εξωαξονική χωροκατακτητική επεξεργασία στον οπίσθιο κρανιακό βόθρο AP που πιέζει τη γέφυρα (Μηνιγγίωμα άλλη βλάβη)

Στη δεύτερη CT-4/7/2018 φάνηκε μικρή απορρόφηση του αιματώματος στα βασικά γάγγλια AP με αύξηση του περιεσσιακού οιδήματος. Αύξηση του περιεσσιακού οιδήματος. Αύξηση των πιεστικών φαινομένων επι της AP πλάγιας κοιλίας και 3ης κοιλίας . Μικρή αύξηση της ΔΕ πλάγιας κοιλίας περιορισμένα αιμορραγικά στοιχεία ενδοκοιλιακά.

Στο υπόλοιπο ιστορικό της αναφέρονται αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ),αναιμία, οστεοπόρωση, ανεπάρκεια μιτροειδούς. Στο παρελθόν είχε επίσης τις εξής χειρουργικές επεμβάσεις: μαστεκτομή, υφολική ΔΕ, νεφρολιθίαση

Κατά την κλινική εξέταση η ασθενής ήταν σε εγρήγορση όμως δεν εκτέλεσε καμία εντολή. Διαγνώστηκε αρχικά με αφασία μικτού τύπου. Παρουσίασε αναπνευστική δυσχέρεια ,Babinski (-) άμφω, χαλαρή ημιπληγία ΔΕ,/ αδυναμία μυικής ισχύς – δεν εκτελεί , οίδημα ΔΕ ανω άκρου, φέρει Levine, καθετήρα (foley) και O2

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της εμφάνισε λοίμωξη του αναπνευστικού, αυξημένες ανάγκες σε O2, δυσκαταποσία και τέθηκε Levine. Οδηγίες εξόδου-σύσταση για E/E CT εγκεφάλου.

Παρουσίαση Συνεδριών

Η κ. Ε. είναι μία κυρία συνεργάσιμη, δεκτική σε όσα της ζητούν οι θεραπευτές και με εμφανή βελτίωση σε συνάρτηση με τα ιατρικά δεδομένα της. Επικοινωνιακά χαρακτηρίζεται από μία διαφλοιική μικτή αφασία καθώς και από απραξία και απραξία σίτισης. Το θεραπευτικό της πρόγραμμα στοχεύει στην βελτίωση της κινητικότητας των στοματικών δομών ώστε να αφαιρεθεί το Levin και να μπορέσει να σιτιστεί δια του στόματος καθώς και στην βελτίωση της επικοινωνίας της.,

Η θεραπεία της διαρκούσε 15' και στη συνέχεια αυξήθηκε στα 30' καθώς παρατηρήθηκε πως έχει ανάγκη από μια περισσότερο έντονη θεραπεία. Οι συνεδρίες γινόταν στο δωμάτιο της καθώς ήταν δύσκολο να μετακινηθεί. Οι θεραπείες ήταν 4 φορές την εβδομάδα και παρατηρούνταν μια συνεχή βελτίωση. Η ψυχολογική της κατάσταση ήταν σε καλό επίπεδο και ήταν αρκετά δεκτική. Η ομιλία της, όπως είναι αναμενόμενο βλέποντας το ιστορικό δεν ήταν καταληπτή. Συγκεκριμένα τις πρώτες φορές δεν ήταν ικανή να κινήσει τους αρθρωτές της ούτε εκούσια αλλά ούτε ακούσια κάτι που οδήγησε στο συμπέρασμα της απραξίας. Με τις θεραπείες όμως, βελτιώθηκε η κινητικότητα των στοματικών δομών. Έφτασε σε σημείο να παράγει πρόταση με κανονική ροή, παρόλο που τις περισσότερες φορές ήταν δυσκατάληπτη. Παρατηρήθηκε ακόμη πως αντιλαμβανόταν την αλλαγή της προσωδίας, και το χιούμορ.

Στην πρώτη συνάντηση μαζί της ήταν αρκετά δύσκολο να κατανοήσει και να πράξει αυτά που της ζήτησε η λογοθεραπεύτρια, ακόμη και μετά από θερμοαπτική διέγερση για διέγερση του αντανεκλαστικού κατάποσης. Κατάφερε μόνο να σηκώσει το χέρι της, μετά από μίμηση όχι ακούγοντας την εντολή ``σήκωσε το χέρι σου``

Σταδιακά όμως η κατάστασή της φαίνεται να βελτιώνεται καθώς ήδη στην επόμενη συνάντηση 26/7/2018 καταβάλει προσπάθεια και καταφέρνει να κάνει επαναλήψεις των στοματοπροσωπικών ασκήσεων μετά από μίμηση. Κατά τη διάρκεια εκείνης της ημέρας έγιναν ασκήσεις ενδυνάμωσης γλώσσας στις οποίες η επίδοσή της ήταν μέτρια.

Κατά την επόμενη θεραπεία χρησιμοποιήθηκε η ΘΜΕ και επανέλαβε με την λογοθεραπεύτρια 2 τραγούδια και η επίδοσή της ήταν σχετικά καλή. Αναλογιζόμενοι την απραξία της η επανάληψη των λέξεων με σωστή άρθρωση τη δυσκολεύει, αλλά λόγω της αφασίας της καταφέρνει να το κάνει.

Στη συνέχεια, έγινε πάλι προσπάθεια επανάληψης μέσω τραγουδιού. Στις εντολές που της δόθηκαν κατάφερε να σηκώσει ψηλά το χέρι της, όμως την εντολή `` δώσε το χέρι`` δεν την κατάλαβε και δεν ανταποκρίθηκε όταν αυτή της δόθηκε λεκτικά, ανταποκρίθηκε όμως μέσω μίμησης. Κατάφερε όμως να επαναλάβει ορισμένες λέξεις

- Κορίτσι
- Λουλούδι
- Μεγάλο κορίτσι
- Κεφάλι – με λάθος στην άρθρωση είτε πεφάλι

2/8/2018: Εκείνη την μέρα τοποθετήθηκε η γαστροστομία-PEG. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας έγινε καθαρισμός στοματικής κοιλότητας και της δόθηκε ελάχιστη ποσότητα νερού με πηκτική ουσία δια του στόματος. Κατάφερε να μετρήσει μαζί με τη λογοθεραπεύτρια μέχρι το 10. Έκανε ένα μικρό καθημερινό διάλογο!!

Στην αμέσως επόμενη συνεδρία της ζητήθηκε πάλι να κάνει επανάληψη λέξεων. Έγινε θερμοαπτική διέγερση .Εκπαιδευτικά της δόθηκε δια του στόματος νερό με πηκτική ουσία. Παρατηρήθηκε πως οι καταπόσεις βελτιώνονται. Επιπλέον ζητήθηκε επανάληψη λέξεων:

- Καπέλο
- Άλογο
- Λουλούδι

Σε αυτή τη συνεδρία έγινε καθαρισμός κοιλότητας. Θερμική- απτική διέγερση κατά την οποία παρατηρήθηκε πως το αντανακλαστικό εξ εμέσεως έχει ευαισθητοποιηθεί

και ενεργοποιείται ευκολότερα. Της δόθηκε εκπαιδευτικά νερό με πηκτική ουσία για να ελεγχθούν τα αντανακλαστικά της. Παρατηρήθηκε πως οι καταπόσεις της είναι καλύτερες. Χρησιμοποιήθηκε η ΘΜΕ για παραγωγή λόγου και στοχευμένα ζητήθηκε να πει το “Πάτερ ημών”.

Κατά τη διάρκεια αυτής της συνεδρίας πραγματοποιήθηκε καθαρισμός κοιλότητας. Αυτόματος λόγος, μέτρηση ως το 10 και προσευχή. Ο λόγος της έχει ροή, παρόλο που λόγω της δυσπραξίας της πολλές φορές είναι δυσνόητος. Μπορεί να κάνει διαχωρισμό του σοβαρού και του αστείου, κάτι που δείχνει πως το πνευματικό της επίπεδο είναι σε ένα καλό στάδιο. Χρησιμοποιήθηκε ΘΜΕ με το τραγούδι “δημήτρη μου, δημήτρη μου”. Παρόλο που λόγω ατελεκτασία πνεύμονα βρέθηκε στη ΧΑΘ η θεραπεία της δεν ακυρώθηκε και η ίδια ήταν συνεργάσιμη. Ακόμη κατά την επανάληψη λέξεων ήταν αρκετά καλή. Οι λέξεις που της δόθηκαν είναι:

- Παπαγάλος
- Παπάκι
- Κεφάλι
- Κεφαλόσκαλα – δυσκολεύτηκε αρκετά και πέτυχε σωστή άρθρωση μετά από τρεις επαναλήψεις και εφόσον η λογοθεραπεύτρια της ξαναέδειξε τον τρόπο άρθρωσης.
- Κορίτσι
- Άλογο

Σε αυτή τη συνεδρία πραγματοποιήθηκε καθαρισμός κοιλότητας. Αυτόματος λόγος 1-10. Ελεύθερος διάλογος. Από τα λεγόμενα της φαίνεται πως η ίδια γνωρίζει που βρίσκεται (εναλλαγή χώρων του νοσοκομείου). Έγινε ΘΜΕ με το τραγούδι “μήλο μου κόκκινο” υπήρχε ροή και μελωδικότητα, κάποιες λέξεις όμως όπως είναι αναμενόμενο δεν αρθρώνονται σωστά. Της δόθηκε εκπαιδευτικά νερό με πηκτική ουσία για να ελεγχθούν τα αντανακλαστικά της. Παρατηρήθηκε πως οι καταπόσεις της είναι καλύτερες.

Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας αυτής η κ. Ε. δεν ήταν συνεργάσιμη, ήταν κακόκεφη και αρνήθηκε να κάνει ό, τι της ζητήθηκε. Αυτό συνέβη γιατί προηγουμένως είχε ταλαιπωρηθεί αρκετά διότι είχε γίνει τοποθέτηση κεντρικής φλέβας και όπως είναι κατανοητό η ψυχολογική της κατάσταση δεν ήταν καλή.

Κατά τη διάρκεια της συνεδρίας αυτής η κ. Ε. ήταν περισσότερο δεκτική και η θεραπεία διενεργήθηκε κανονικά. Έγινε ελεύθερος διάλογος και αυτόματοματος λόγος 1-10. Χρησιμοποιήθηκε η ΘΜΕ με το τραγούδι "μήλο μου κόκκινο" καθώς επίσης της ζητήθηκε να πεί την προσευχή "Πάτερ ημών". Τέλος της δόθηκε εκπαιδευτικά νερό με πηκτική ουσία.

Οι θεραπείες της κ. Ε. συνεχίζονται και παρόλο που φαίνεται να βελτιώνεται η ψυχολογία της δεν βρίσκεται σε καλό επίπεδο. Φαίνεται να έχει κουραστεί και θέλει να φύγει από το κέντρο αποκατάστασης και κάποιες φορές είναι αρνητική προς τους θεραπευτές της. Το γεγονός αυτό επιβραδύνει το ρυθμό θεραπείας και άρα την ανάρρωση της ασθενούς.

Συμπέρασμα

Παρατηρώντας τα δύο περιστατικά συμπεραίνουμε, πως η θεραπευτική πορεία ενός ασθενούς, συνεπάγεται τόσο το σημείο προσβολής του εγκεφάλου, τον τύπο καθώς και την γενικότερη υγεία (οργανική και ψυχολογική) του ασθενούς. Αυτοί είναι οι βασικότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην βελτίωση λειτουργικότητας σε ασθενείς μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο.

Βιβλιογραφία

- (Mtui n.d.)"Κλινική νευροανατομία και νευροεπιστήμες"Σύγγραμμα, FitzGerald Turlough M. J.,Gruener Gregory,Mtui Estomih, 2009, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- (McFarland n.d.)"Εικονογραφημένο εγχειρίδιο ανατομίας λόγου, κατάποσης και ακοής"Σύγγραμμα, McFarland D., 2011, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ,
- "Εισαγωγή στις Διαταραχές Επικοινωνίας"Σύγγραμμα, Anderson N., 2011, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ,
- (Schindemeiser n.d.)ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ"Σύγγραμμα, Jochen Schindelmeiser, 2013, ΡΟΔΩΝ
- (Arthur E. Jongsma n.d.)ΟΔΗΓΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ"Σύγγραμμα, Keith Landis, Judith Vander Woude, Arthur E.Jongsma Jr., 2010, ΡΟΔΩΝ
- (Davis n.d.)Αφασιολογία - διαταραχές και κλινική πρακτική"Σύγγραμμα, Davis A., 2010, . Χ. Πασχαλίδης ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ
- (L.Carrau n.d.)"ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑΠΟΣΗΣ -ΔΥΣΦΑΓΙΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΝΗΛΙΚΕΣ"Σύγγραμμα, MURRY THOMAS, 2013, GOTSIS
- (Duffy n.d.)"Νευρογενείς Κινητικές Διαταραχές Ομιλίας, Υποστρώματα, Διαφορική Διάγνωση και Αντιμετώπιση" Σύγγραμμα, Duffy J., 2011, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ
- Σημειώσεις από το σεμινάριο " Διάγνωση και παρέμβαση δυσφαγίας ενηλικών & υπερηλικών" από το Διεπιστημονικό κέντρο ηπείρου.
- (αρχή n.d.)Έρευνα Υγείας, Ελληνική Στατιστική Αρχή 2014
- (Hegde n.d.)Οδηγός Θεραπευτικής Αξιολόγησης M.N Hegde
- (K.Worthington n.d.)Εγχειρίδιο Λογοθεραπείας From P. Roth, Coleen K.Worthington 2016
- (NeuroOncology.gr n.d.)
- (Neurocenter.gr n.d.)
- (Cancer n.d.)

